This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

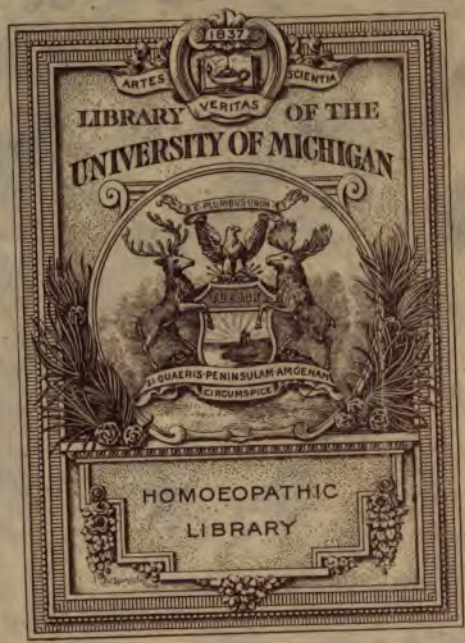
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

A 3 9015 00381 098 6
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY

H 610,5
S678
M56

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE DAIX FRÈRES, 3, PLACE ST-ANDRÉ

Imprimeurs de la Société Médicale Homœopathique de France

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

HOMŒOPATHIQUE

DE FRANCE

TOME XXVIII

PARIS
AUX BUREAUX DU *BULLETIN*
100, BOULEVARD BEAUMARCHAIS

1886

LISTE DES MEMBRES

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

Année 1885-1886

MEMBRES TITULAIRES RESIDANTS

MM.

Bon.
Catellan (Charles), pharm.
Claude.
Clément.
Cramoisy.
Cretin.
Dacher.
Dezermaux.
Frédault père.
Frédault fils.
Gabalda.
Gonnard.
Guérin-Méneville.
Hermel.
Jousset père.
Jousset fils.

MM.

Le Thière.
Love père.
Love fils.
Molin.
Ozanam.
Parenteau.
Partenay.
Piedvache.
Rochet.
Rol.
Serrand (Daniel).
Serrand (René).
Sieffert.
Tessier (J.-P.).
Vallois.
Vautier, père.

MEMBRES ASSOCIÉS FRANÇAIS

MM.

Arnulphi, à Nice.
Badiole (Henri), à Tarbes.
Batz, à Nauroy.
Chalus (De), à Bazouges.
Créquy (De), à Amiens
Despiney à Nice.
Feuillet, à Alger.

MM.

Ginestet, à Niort.
Grusu, à Cannes.
Landry, à Louviers.
Malapert du Peux, à Lille.
Noack, à Lyon.
Prié aux Riceys (Aube).
Tardieu, à St-Etienne.

227948

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

Benito Garcia Fernandez, à Valparaiso (Chili).
Brunner, à Valparaiso.
Canuto Valdès y Martinez, pharmacien à la Havane.
Claus, à Saint-Pétersbourg.
Grau-Ala (Victor Maria de), pharmacien à Barcelone.
Moor (Ch. de), à Alost (Belgique).

MM.

Murphy, à la Nouvelle-Orléans.
Moura (S.-J. de), à Bahia.
Pompili, à Rome.
Rumler, à Londres.
Sabino, à Pernambuco.
Da Serra-Freire, à Para (Brésil).
Vautier (E.), au Brésil.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

Allen (T.), à New-York.
Alvarez de Aranjo y Cuellar, à Madrid.
Becker, à Paris.
Bouis, à Toulon.
Burdel (E.), à Bahia (Brésil).
Dezauche, à Colombes.
Demenge, à La Bresse.
Drysdale, à Liverpool.
Dudgeon, à Londres.
Gailliard, à Bruxelles.
Guyard (A.), à Paris.

MM.

Helmuth, à New-York.
Hughes (R.), à Brighton.
Lachâtre, à Paris.
Lennep (Van), à Smyrne.
Lilienthal, à New-York.
A. Lippe, à Philadelphie.
Ludlam, à Chicago.
Martiny, à Bruxelles.
Provost, à Versailles.
Rafinesque, à Paris.
Talbot, à Boston.
Vautier fils, à Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 15 février 1886.

Présidence de M. Frédault.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Le président annonce que le Dr Kafka assiste à la séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la clinique de l'hôpital Saint-Jacques, trimestre du Dr Frédault.

M. Cretin : J'ai craint un instant de ne pouvoir vous dire de vive voix tout le bien que je pense des conférences cliniques de mon excellent ami, le docteur F. Frédault, à l'hôpital St-Jacques. Pendant les trois derniers mois, en effet, il m'a été impossible d'assister régulièrement à vos séances. A mon grand regret, je n'ai pu prendre part à la discussion sur l'ouvrage d'un Rationaliste : *Le choléra n'est ni contagieux ni transmissible*. Il n'est pas possible, disais-je, n'ayant lu encore que les deux premières conférences du docteur Frédault, il n'est pas possible que des leçons aussi bien faites que celles de nos confrères les docteurs Jousset et Frédault, ne finissent pas par atti-

rer l'attention des jeunes médecins désireux de compléter leurs études par l'examen de la thérapeutique homœopathique, dans ses applications. Ma conviction s'est fortifiée encore par la lecture des conférences suivantes. Je suis persuadé que, réunies en volume comme elles le seront certainement, comme le sont déjà en partie les leçons de M. Jousset, ces conférences amèneront aux cours de l'année prochaine un certain nombre d'auditeurs, et, d'année en année, un plus grand nombre.

Il est peu de points sur lesquels je ne sois pas en parfait accord avec le docteur F. Frédault. En m'y arrêtant, je vous indiquerai les raisons de mes réserves plutôt que de mon opposition.

Tout ce que M. F. Frédault a dit de l'*Espèce en médecine* est marqué au coin d'une érudition consommée, d'une critique sévère et d'une analyse judicieuse. Aussi cela suffit-il à mes yeux pour considérer comme espèce morbide la cardo-bronchite, dont M. F. Frédault a donné plusieurs observations remarquables. Comme lui, je crois bien que la lésion de l'orifice aortique, dans la bronchite, se produit par succession, extension, transmission ; διαδοχεσ qui succède à ; διαδοχη (et non διαδοσισ qui n'est pas grec) succession. Comme l'a très bien fait voir notre confrère, la phlegmasie des valvules succède à la phlegmasie bronchique, tant mécaniquement que physiologiquement. La métastase μετα-στασισ déplacement, changement, bannissement, émigration, est certainement bien différente. Dans le rhumatisme articulaire on rencontre des phénomènes par métastase et

d'autres par diadoche. Ainsi, lorsque, comme le dit très bien M. Frédault, un rhumatisme quitte les articulations pour se porter sur le cœur ou les méninges, il y a métastase. Mais, ajouterai-je, lorsque le rhumatisme, restant fixé sur les articulations, il se porte sur le cœur ou les méninges il y a extension de la phlegmasie, sans que celle-ci abandonne les premiers points envahis ; il y a diadoche. C'est donc avec raison que M. Frédault a insisté sur cette distinction. Je passe à un autre point.

En ce qui regarde l'hystérie, je suis entièrement de l'avis de notre confrère Jousset. L'hystérie est mal nommée ; elle n'est pas localisée exclusivement dans l'utérus ; elle est commune à l'homme et à la femme. On pourrait presque dire que, de nos jours, elle est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. Ainsi j'accentue encore la divergence entre M. Jousset et M. Frédault. Il y a quelques vingt ans, le professeur Charcot admettait la localisation dans le bulbe. Plus tard, dans un article remarquable du Dictionnaire encyclopédique, Krishaber décrivit la maladie sous le nom de névrose cérébro-cardiaque, mais sans aucune justification anatomo-pathologique. Jusqu'à présent toute justification de ce genre manque. On en est donc réduit à induire la localisation de la symptomatologie. D'après celle-ci, j'incline à croire que la maladie se rattache à un trouble du système nerveux central, qu'il y ait, ou simplement un trouble de conductibilité, de réaction, d'impressionnabilité nerveuse, trouble fonctionnel par conséquent, ou bien que ce trouble dépende d'une lésion à découvrir. —

En résumé, jusqu'à cette découverte, la maladie me paraît mieux désignée sous le nom de névrose cérébro-rachidienne.

Cette notion suffit pour expliquer tous les troubles de la sensibilité, comme aussi tous ces désordres de la circulation qu'on rencontre en plus ou moins grand nombre, et qui même peuvent faire défaut.

Un caractère sur lequel M. Jousset a principalement insisté, c'est l'extrême mobilité des impressions. Ce caractère est très fréquent chez les hommes ; il l'est beaucoup plus chez les femmes. Il y en a un autre : la préoccupation incessante de la santé, le soin que prennent les malades de noter toutes leurs sensations, tous leurs malaises, — une obsession telle que rien ne peut détourner leur attention. Ce caractère rapproche la névrose cérébro-rachidienne de l'hypochondrie ; mais la première diffère de la seconde, en ce que les troubles hépatiques et gastro-intestinaux sont nuls, ou moins marqués, et, dans ce dernier cas, beaucoup plus mobiles. Cette obsession au sujet de la santé et toutes les inquiétudes qui s'ensuivent, sont beaucoup plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Au point de vue du traitement, bien loin d'être aussi sévère que M. Jousset contre le bromure de potassium, je tiens, au contraire, ce médicament pour très efficace chez l'homme comme chez la femme, surtout pour combattre l'insomnie nerveuse. Mais il faut l'administrer à dose tolérable et pendant un temps suffisant. Le plus souvent ses meilleurs effets sont produits à la dose de deux grammes en vingt-quatre

heures, en deux prises égales. On peut augmenter la dose progressivement jusqu'à trois et quatre grammes, en trois ou quatre prises, autant que possible chaque prise au commencement d'un repas.

L'électricité statique donne des résultats aussi satisfaisants, dès les premiers jours, contre l'insomnie, à la longue contre les autres symptômes.

Le temps me manque pour vous citer un certain nombre d'observations, et d'ailleurs ce n'est pas le lieu. Des névroses cérébro-rachidiennes très anciennes, très profondes, chez des mères de famille, condamnées depuis des années à la claustration la plus absolue, ne pouvant vaquer à leurs occupations et surveiller l'éducation de leurs enfants, de telles névroses ont été guéries par les applications électrostatiques pendant plusieurs mois. Une de mes clientes ne pouvant supporter la lumière, entendre le moindre bruit, prendre part à la moindre conversation, sans tomber en syncope ou dans une crise convulsive, a dû persévérer dans un traitement pendant dix-huit mois, sauf quelques interruptions. Elle en a été récompensée par la possibilité de reprendre ses occupations, vivre avec ses enfants, recevoir sa famille, aller même dans le monde, au spectacle, etc. Cette guérison obtenue dans une telle mesure ne s'est pas démentie depuis cinq ans; il n'y a plus eu ni syncopes, ni crise convulvise. Deux autres dames, heureusement moins atteintes, ont été guéries en trois mois l'une, l'autre en quatre mois ; aussi dès qu'elles éprouvent les moindres troubles nerveux, recourent-elles immédiatement à l'électrisation sta-

tique, et toujours avec un plein succès après quelques séances.

Chez les jeunes filles, la chloro-anémie et l'irrégularité des fonctions mensuelles, presque toujours associées à la névrose cérébro rachidienne, sont très promptement amendées par l'électrisation statique. Quand on peut envoyer les malades, bien préparés par l'électrisation statique, à des eaux thermales appropriées comme celles de Néris, Luxeuil, La Malou, Ragaz, Gastein, il est rare qu'on n'obtienne pas la confirmation de la guérison.

Pour compléter ce qui a rapport au traitement, j'ajouterai que, sans le secours de l'électrisation statique, j'ai obtenu, mais beaucoup plus difficilement, des guérisons avec les médicaments homœopathiques. Le traitement indiqué par MM. Bernard et Martiny, de Bruxelles, consistant dans l'alternance de la *belladone* et de la *nux vomica* me paraît digne d'attention. Je substitue le *sulfate d'atropine* (2e trit. au 100e) et le *sulfate de strychnine* (de même) à la *belladone* et à la *nux*. Dans plusieurs cas je n'ai pas employé d'autres médicaments. L'amélioration s'est généralement prononcée après un mois, accentuée après le second mois, et la guérison définitive a été obtenue en cinq ou six mois.

Je dois un certain nombre de succès aussi à *Rana bufo* et *salam*, à la 3e dil., alternés de huit jours en huit jours. Autant que je puis me le rappeler, c'est mon excellent ami, M. le docteur Molin, qui a, le premier, indiqué ce traitement, en s'appuyant sur plusieurs observations probantes. Les indications par-

ticulières sont remplies par l'alternance ou l'intercurrence de certains médicaments. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces divers traitements reposent sur la pathogénésie des médicaments. Maintes fois j'ai rappelé celle du bromure de potassium, telle qu'elle est résumée dans le traité de thérapeutique de Bouchardat. Elle est frappante de précision. Quant à l'électricité, ses indications sont purement inductives et justifiées par l'expérience *ab usu in morbis.*

En résumé, j'attache à l'électrisation statique une telle importance dans ce traitement de la névrose cérébro-rachidienne, que, quand mes clients pouvant facilement s'y soumettre, s'y refusent, de mon côté, je refuse absolument de leur donner mes soins.

Je ne m'arrêterai pas à tous les détails cliniques qui ont fourni à M. Frédault de si heureux et si utiles développements. Je viens à quelques questions générales qui m'ont plus vivement intéressé.

Les explications, données par Hahnemann, de la loi de similitude ne satisfont pas notre confrère; il donne la sienne. Elle est double aussi: « A bien voir les choses, dit-il, il est irrécusable que le médicament n'agit point autrement qu'un *agent toxique affaibli* qui vient heurter et occuper momentanément la vitalité, suscitant une action vitale naturelle de défense contre un agent extérieur. »

C'est la première explication ; selon moi, elle est identique à la première de Hahnemann ; mais, en d'autres termes, c'est toujours la substitution d'une petite maladie artificielle à la maladie naturelle, fai-

sant disparaître celle-ci et disparaissant à son tour et d'elle-même.

Aussi M. Frédault n'est-il pas encore satisfait de sa propre explication ; il la corrige par une autre sensiblement différente. « Et ainsi, ajoute-t-il dans la même phrase, et ainsi le médicament tire la vitalité d'une action morbide qu'elle accomplissait pour lui faire faire une action physiologique normale, c'est-à-dire de l'état de santé. » Des deux explications, c'est celle-ci que je préfère ; car elle n'en est pas une ; elle est simplement la traduction du fait. Il y a maintenant plus de trente ans que j'ai montré l'antagonisme d'action entre la dose médicamenteuse et la dose pathogénique d'un même médicament, que j'ai appelées, la première, régulatrice, la seconde, perturbatrice; comparé enfin ces deux actions aux actions contraires de tous les agents de la nature selon leur tension, notamment de l'électricité négative, et de l'électricité positive. Je suis heureux de voir mon digne ami, M. Frédault, apporter son autorité, si justement acceptée, à l'appui de mon opinion.

M. F. Frédault admet trois éléments dont il faut tenir compte pour le choix du médicament : la localisation, la forme morbide et les conditions étiologiques. Ce sont là les trois clefs principales des indications, selon notre confrère ; il y ajoute deux clefs secondaires, la subordination et la concomitance des phénomènes (8me conférence, p. 431-432).

Tout cela est très ingénieux ; mais cela me paraît un peu obscur. La localisation et la forme morbide sont évidemment comprises sous le même chef, la

symptomatologie. Voici une pneumonie : la localisation est indiquée par le nom ; la forme est donnée par les symptômes : pneumonie franche ; pneumonie érysipélato-phlegmoneuse ; pneumonie maligne, pneumonie alcoolique, etc. Cette forme dépend de deux facteurs principaux : les dispositions individuelles, l'idiosyncrasie, d'une part, et, d'autre part, la cause, refroidissement, impaludisme récent ou éloigné, voilà pour la cause ; constitutions lymphatique, scrofuleuse, pléthorique, sanguine ou nerveuse, voilà pour les dispositions individuelles. La subordination des phénomènes rentre encore dans cette symptomatologie ; ainsi l'ataxie, la malignité, l'intermittence, seront l'indication principale, la localisation l'indication subordonnée. La concomitance des phénomènes, toujours de la symptomatologie, à laquelle doit correspondre la pathogénie médicamenteuse. Dans l'observation remarquable de pneumonie alcoolique rapportée par M. Frédault, ce n'est évidemment pas l'alcoolisme qui est la cause de la pneumonie ; il ne fait qu'imprimer à celle-ci un cachet particulier, déterminer la forme et fournir l'indication du régime, non du médicament ou des médicaments.

J'en dirai autant de l'exemple cité par M. Frédault pour montrer les trois éléments des indications dans un même cas morbide. Il s'agit d'une diarrhée matutinale, d'une entéro-colite, chez un hémorrhoïdaire, en même temps graveleux, catarrheux et peut-être tuberculeux. Ici la forme est simple ; elle ne fournit pas d'indication particulière, la localisation est positive ; la diarrhée est prédominante le matin,

c'est un symptôme, un de ces symptômes rythmiques auxquels correspondent certaines pathogénésies, comme M. Claude nous l'a fait voir pour un certain nombre de médicaments. M. F. Frédault en fait une condition étiologique. Je ne vois pas bien le rapport de cause à effet. La cause occasionnelle m'échappe ; quant à la cause déterminante, elle peut bien être attribuée aux hémorrhoïdes ; mais celles-ci déterminent chez d'autres sujets de la diarrhée la nuit, l'après-midi, à un instant quelconque de la journée. Chez le malade de M. Frédault si la diarrhée est matutinale, c'est un symptôme qui fournit une indication rythmique, une indication subordonnée, mais non une indication étiologique.

Pour moi, les indications se tirent de deux éléments : la symptomatologie, comprenant la localisation, la forme morbide, les dispositions individuelles, d'une part, et, d'autre part la subordination des phénomènes, l'indication fondamentale se tirant des phénomènes dominant tous les autres, dans un certain nombre de cas.

M. F. Frédault me paraît porté à généraliser le phénomène dominant, au delà de toute mesure. « Un malade, dit-il, ne peut avoir qu'une maladie à la fois, en raison de l'unité de l'activité vitale » (10me conférence. p. 488). — J'avoue n'avoir pas été convaincu par les arguments très séduisants de notre confrère, encore moins par l'exemple qu'il cite d'un hémorrhoïdaire ayant présenté heureusement une laryngite pseudo-membraneuse, une fièvre d'accès et une fluxion hémorrhoïdaire. Je ne puis admettre que les

trois affections n'aient été que les phases d'une même maladie, — la maladie hémorrhoïdaire. Presque tous les hémorrhoïdaires sont en même temps herpétiques, dartreux ; un grand nombre sont rhumatisants ou goutteux, scrofuleux même, et malheureusement quelques-uns contractent la syphilis. Le même individu peut ainsi présenter réunies six maladies constitutionnelles. Et, dans ce cas, quelles indications fourniront les cinq premières, ou la première ou la dominante pour le traitement de la sixième, la syphilis ? Poursuivez : ce même malheureux peut devenir cancéreux ; il peut avoir une infection purulente ; le voilà joignant deux diathèses à ses six affections constitutionnelles. Rien ne l'empêchera de devenir chlorotique, diabétique, brightique, etc., et de réunir en sa personne à toutes les maladies constitutionnelles, à toutes les diathèses, toutes les cachexies ! où est, je vous le demande encore, son unité morbide ? où sera-t-elle s'il est pris d'une fièvre éruptive, d'une phlegmasie, du choléra ou de la fièvre typhoïde ? Dans cette longue énumération j'ai suivi la nomenclature de notre confrère, M. Jousset. Eh bien ! j'ai beau chercher, je ne puis comprendre, comme M. F. Frédault, l'hybridité morbide, résultant de la conjonction, de l'adjonction, de la succession de maladies si distinctes, réunies chez le même individu. Il n'y a aucun rapport entre ces faits et ceux cités par M. F. Frédault de la rougeole interrompant une variole, de la phthisie succédant à la bronchite rubéolique et de la combinaison de symptômes donnant lieu aux variétés de l'hystérie. Cela ne m'em-

pêche pas de croire profondément, avec mon ami, à l'unité vitale ; mais, de même que j'admets l'extrême complication de l'organisme, j'admets celle des maladies.

L'unité morbide, la maladie hémorrhoïdaire, dans le cas cité par M. F. Frédault, n'a fourni aucune indication pour le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse et de la fièvre intermittente. La première a été traitée par l'*hepar sulf.* et le *cyanure de mercure* ; la seconde par le sulfate de quinine, chez cet hémorrhoïdaire, exactement comme elles l'eussent été chez un scrofuleux, un dartreux, ou un chloro-anémique.

De la complication des maladies, — bien plus encore de la complication des symptômes à l'alternance des médicaments, il n'y a qu'un pas. M. F. Frédault a traité cette question de main de maître, en philosophe, en historien et en vrai médecin. Il n'est descendu de ces hauteurs que pour écraser de son dédain, et les préparations secrètes d'un certain Mattéi, de Bologne, et les enfantines combinaisons du docteur Finella. Les médicaments composés nous ramèneraient à la polypharmacie qui excitait une si violente colère chez Hahnemann. Ce qui me la fait redouter, ce n'est pas la proscription prononcée contre elle, à tant de reprises, par Hahnemann, mais bien qu'elle est exclusivement empirique et point du tout rationnelle. Je ne dis pas cependant qu'il ne faille jamais y avoir recours ; malheureusement, en effet, nous rencontrons trop souvent des cas absolument incurables où notre premier devoir est de sou-

lager. Dans ces cas déplorables, de même que nous avons recours aux injections sous-cutanées de morphine, à l'administration du chloral, de l'opium, etc., de même aussi pouvons-nous avoir recours à des préparations inoffensives que l'expérience a consacrées. J'essaie, en ce moment, dans un cas désespéré, la chlorodyne, empruntée à la pharmacopée britannique. C'est une composition qui contient beaucoup de thériaque, de chloroforme, de l'éther, de l'extrait de réglisse, du chlorhydrate de morphine, de l'acide prussique au 10e et de l'essence de menthe. Avec les soixante substances qui entrent dans la thériaque, c'est en tout soixante-six substances, sans compter naturellement l'alcool rectifié et le sirop de sucre. Eh bien, je dois dire que, chez ma malade, cette singulière composition, calme les douleurs atroces du cancer rectal et amène un sommeil réparateur, sans aucun des inconvénients du chloral, de la morphine, de l'hypnone, etc. Pourquoi nous priverions-nous d'une telle ressource ? M. F. Frédault me paraît en avoir justifié l'emploi, en comparant ces compositions bizarres à la composition non moins bizarre de certaines eaux minérales. Un dernier mot ; il s'agit des doses infinitésimales. M. F. Frédault les croit préférables dans l'état chronique ; par conséquent, il préfère les doses appréciables dans l'état aigu. Je crois, au contraire, les doses appréciables préférables dans tous les cas, sauf de bien rares exceptions. Pour moi, là où elles échouent, il est bien à craindre que les doses infinitésimales échouent aussi.

En remerciant M. F. Frédault de ses remarquables

conférences, je le prie de croire que, si je n'ai pas insisté sur l'éloquence et la clarté qui en sont le cachet, c'est que je n'ai pas voulu surcharger ma discussion d'une répétition inutile pour vous, Messieurs, pour tous ses lecteurs.

M. Cramoisy. — J'ai remarqué que dans son beau travail, le Dr Frédault n'avait pas parlé des affections utérines ; or, elles sont le point de départ d'accidents nerveux qui sont pris pour de l'hystérie.

Je me souviens d'une femme qui vint me consulter pour une toux aboyante ; ce que l'on rapporte d'ordinaire à l'hystérie et ce que le Dr Frédault placerait dans une forme mono-affective : cette malade en avait des crises très répétées ; elle vint me voir et je constatai une affection utérine ; je la cautérisai, la pansai ; depuis, les attaques de toux aboyante ont complètement cessé et depuis 15 ans, cette malade n'a présenté aucun accident hystérique : elle n'avait qu'une métrite parenchymateuse avec ulcération. J'ai du reste remarqué que toutes les fois que l'ulcération siégeait à l'intérieur du col, les malades présentaient des vapeurs, des crises nerveuses, tandis que lorsqu'elle siégeait superficiellement, il n'y en avait pas.

M. Frédault. — Je répondrai aux principales questions qui ont été soulevées par nos confrères. Mais d'abord, je vous prie de remarquer que des leçons cliniques ne sont point des monographies, et que s'il m'avait fallu traiter chaque maladie dont j'avais à parler dans tous les détails, je me serais mis en dehors de mon terrain, et en 12 conférences, je

n'aurais point achevé douze maladies. La clinique a surtout pour but de montrer, à propos des maladies, la distinction de l'espèce morbide, ses principaux traits, et le sens dans lequel il en faut prendre les indications.

M. Cramoisy a rappelé que, dans les bronchites aiguës, l'aconit uni à la belladone rendait de très grands services. Cela est très vrai, et je l'ai déjà indiqué ici même plusieurs fois. J'ai même cité un fait particulier. Un jour que j'arrivais à la campagne, dans une maison où la servante venait d'être prise d'une bronchite emphysémateuse, j'eus recours au pharmacien du pays qui fit une potion avec deux centigrammes d'extrait de belladone. Après quelques cuillerées, cette femme, congestionnée, avec un visage vultueux, presque violet, toussant beaucoup, étouffant comme dans une attaque d'asthme,et crachant du sang, fut remise et comme apaisée subitement. L'aconit et surtout la belladone peuvent rendre de ces services dans le début violent des bronchites et de l'asthme. Je crois qu'ils agissent de même dans la cardo-bronchite, mais je n'ai point de fait particulier à citer, et j'estime que c'est surtout dans le mouvement de fluxion initiale ou dans celui d'extension de la maladie par diadoche que leur action serait utile.

Je viens maintenant à la question de l'hystérie que MM. Jousset et Cretin estiment devoir exister chez l'homme comme chez la femme. Je sais que cette opinion est soutenue aujourd'hui par plusieurs médecins, et je me proposais de la discuter comme je

l'ai indiqué dans ma conférence sur l'hystérie. Je n'en ai pas eu le temps, et je vais vous dire sur quoi repose mon opinion de n'attribuer l'hystérie qu'à la femme.

Et d'abord il me répugne absolument de voir l'hystérie où il n'y a pas d'utérus, non seulement parce qu'il y a contradiction dans les termes, mais parce que bien que l'utérus ne soit pas le siège absolu de la maladie, il représente l'appareil organique tout entier qui en est le siège.

Comme je l'ai dit dans ma conférence, je ne crois pas que l'utérus, par ses aspirations, ainsi que le disaient les anciens, soit la cause de la maladie : mais j'estime que la maladie est dans l'ensemble des fonctions génitales féminines. Je remarque que chez la femme cet appareil génital est tout entier dans l'abdomen et le bassin, et que rien ne se fait dans cette cavité splanchnique, dans un des organes quelconque qui y est contenu sans que l'appareil génital en soit influencé. Chez l'homme, au contraire, l'appareil générateur est tout extérieur, tout en dehors, et il n'y a guère que les reins qui aient sur lui une influence directe. On voit bien que chez la femme l'appareil génital, par la place qu'il occupe dans l'organisme, par l'influence qu'il y exerce et qu'il en ressent, indique un des plus grands rôles de cet être, et on comprend ce mot : *Mulier tota uterus.* La procréation est la vie de la femme, tandis que chez l'homme ce n'est qu'un des instants fugitifs de la vie. La femme mettra neuf mois et produira l'enfant, l'homme le procréera en un instant.

Ainsi, voyez combien de maladies de cette fonction chez la femme, depuis l'âge de formation jusqu'à l'âge de la ménopause qui se prolonge si tard. Et remarquez aussi combien l'hystérie est liée à grand nombre de ces maladies ; c'est ainsi que nous le faisait observer tout à l'heure M. Cramoisy chez les hystériques, et je dirais volontiers chez presque toutes il y a quelque chose dans l'appareil. M. Cramoisy nous parlait des ulcérations du col, et chez les jeunes filles, le déplacement utérin, l'antéversion ou la rétroversion de l'utérus, les inclinaisons latérales, les courbures du col, tous phénomènes qui débutent de bonne heure, et dont on ne s'aperçoit que lorsque la femme est mariée. Et le catarrhe utérin, ou les polypes, les corps fibreux, les érosions du col, les épanchements rétro-utérins ou toutes affections qui peuvent se présenter chez la jeune fille.

Maintenant, Messieurs, prenons les phénomènes : il n'y a rien de comparable chez l'homme à ce qui se passe chez la jeune fille et chez la femme. Ce que l'on prend pour de l'hystérie chez l'homme, c'est de l'hypochondrie, surtout chez le jeune homme, à l'âge où il rêve d'amour, et peut-être où il se livre à l'onanisme.

Vous avez bien chez lui de la langueur, surtout de la tristesse et des accès inconscients de désespoir, où parfois il passe facilement de la tristesse à la joie, mais cela est-il comparable à ces allanguissements de la jeune fille, à la mobilité si rapide de ses sentiments, à ce passage si rapide des larmes au rire ; la versatilité est chez le jeune homme hy-

pochondriaque, la mobilité extrême chez la jeune fille hystérique.

Dans l'hystérie, vous avez des hyperesthésies, surtout celle sous-mammaire, et celle de l'ovaire qui n'ont rien de comparable chez le jeune homme. Il y a bien de la névralgie du cordon et des testicules, mais combien elle est rare à côté de la névralgie de l'ovaire si fréquente, ou de l'hyperesthésie de l'utérus. Sans doute, le testicule ne saurait être contus ou froissé sans douleurs, mais qu'il y a loin de là à l'ovarisme chez la femme. Chez l'homme il y a des névralgies, mais plus encore des migraines ; et quant aux anesthésies, elles sont rares chez l'homme, presque habituelles chez la femme. Chez la femme, il y a le clou du vertex, chez les hypochondriaques, la douleur sus-occipitale ou à la racine du nez.

Quant aux convulsions, il y a des spasmes nerveux chez quelques jeunes gens, spasmes indéterminés, rien qui ressemble aux convulsions de l'hystérie, rien qui rappelle vraiment la boule hystérique.

Enfin, il y a chez les hystériques cette humidité froide de la paume des mains, qui fait qu'elles ne peuvent tenir une aiguille ou un morceau de fer sans l'humecter et le rouiller ; cette sueur qui mouille leurs gants jusqu'à les traverser.

Il y a quelques années, j'ai lu une thèse de doctorat sur l'hystérie chez l'homme, et j'y ai lu les trois observations de phénomènes mal déterminés, sur lesquels je me prononcerais difficilement, mais qui ne m'ont paru rien avoir de l'hystérie. Et non seule-

ment je n'y ai rien vu de précis sur les phénomènes des principaux traits de la maladie, mais rien encore de cette multitude des affections particulières qui se montrent dans la forme mono-affective.

Voilà pourquoi, Messieurs, je ne crois pas à l'hystérie chez l'homme, et plus je vais, moins je puis me décider à l'admettre.

A propos de l'hystérie, M. Jousset a parlé du somnambulisme, à propos duquel il a justement flétri la conduite des Académies qui ont autrefois conspué ce qu'elles acclament aujourd'hui ; M. Cramoisy nous a parlé des aboyeurs. Ce sont là des questions distinctes. Ces affections peuvent exister dans l'hystérie, mais il y a du somnambulisme et des vésanies convulsives sans hystérie.

Maintenant, Messieurs, venons à la question de l'hystéro-épilepsie. M. Jousset admet cette forme morbide et il s'abrite sous le pavois de Briquet. Je regrette d'être sur ce point en dissidence et de m'installer dans un doute fortement barricadé. Briquet était un bon observateur, mais comme doctrine, je le récuse.

Cependant, pour ne pas me tenir dans un isolement de boudeur, j'ai admis et je soutiens, tout en y croyant fort peu, des cas d'hybridité.

Voici mes raisons :

Comparons d'abord les phénomènes dans l'hystérie, l'attaque commence par des éclats de cris multiples, des cris d'enfantement ; dans l'épilepsie, c'est un cri unique avec une *aura* dont il n'y a pas trace dans l'hystérie. Dans l'hystérie, mélange alternatif

de convulsions cloniques et toniques; dans l'épilepsie, des convulsions presque exclusivement tétaniformes. Dans l'hystérie, la boule, et rien de semblable dans l'épilepsie. Dans l'hystérie, menace de mort par strangulation ; dans l'épilepsie, mort par hémorrhagie méningée ou centrale. Dans l'hystérie, visage vultueux avec des taches non durables ; dans l'épilepsie, plaques hémorrhagiques sous la peau de la figure, et qui laissent des traces durables après l'attaque. Dans l'hystérie, l'attaque se termine par un sommeil tranquille, et on en sort sans trouble cérébral ; dans l'épilepsie, sommeil profond dont le malade ne sort que dans un état d'idiotisme. Dans l'hystérie, les attaques successives ne laissent aucune altération intellectuelle ; dans l'épilepsie, la suite des attaques amène la mort, ou l'idiotisme complet, ou la folie.

Il y a bien là deux maladies convulsives, mais nettement distinctes, et si bien distinctes qu'il y a contradiction dans les phénomènes. Car les convulsions spasmodiques de l'hystérie récusent les convulsions tétaniformes de l'hystérie ; il y a contradiction dans l'existence simultanée des deux formes. Dans un cas, le travail est dans le cerveau ; il paraît être dans la moelle allongée chez l'autre, ce qui me fait accepter qu'il peut y avoir, ainsi que le veut M. Cretin, des localisations cérébro-médullaires dans l'hystérie, encore bien que je considère cette maladie comme localisée dans l'appareil utéro-ovarien. Le spasme de la boule est également contradictoire avec celui de *l'aura*. Si donc je veux bien ouvrir la porte de la conciliation

en acceptant des cas particuliers d'hybridité, dont je doute d'ailleurs, que je n'ai jamais vus, je décline d'accepter une forme régulière de conjugaison.

Je suis bien plus disposé, Messieurs, à croire à des formes confuses, à admettre des cas d'hystérie qui sont bien de l'hystérie, mais qui sont mal dessinés et où on peut croire à un croisement avec l'épilepsie.

Il en est ainsi dans toutes les classifications. Chaque espèce a son type bien défini, mais dans les espèces voisines, chacune sur son territoire, il y a aux confins qui se touchent des individualités qui se rapprochent par leurs caractères, à ce point qu'on pourra hésiter sur leur véritable espèce. Ainsi, dans l'animalité, nous avons quatre espèces très voisines, le chien, le chacal, le loup, le renard ; il peut y avoir dans ces espèces chez le chien par exemple, des individus qui se rapprochent tellement d'une espèce voisine qu'on peut hésiter à reconnaître leur véritable espèce ou les prendre pour du métissage. Peut-être dans les cas qu'on nomme l'hystéro-épilepsie, n'y a-t-il rien autre chose.

Abordons maintenant la question du traitement.

M. Jousset m'a d'abord reproché d'avoir dit qu'il n'y a pas de traitement de l'hystérie, puis il a reconnu lui-même qu'il n'y a de traitement que celui des indications : c'est exactement le sens de ce que j'ai dit, puisque ayant déclaré qu'il n'y a pas de traitement de la maladie, j'ai ensuite parlé de celui des indications, nous voilà d'accord.

M. Jousset a objurgué le bromure de potassium que M. Cretin a au contraire acclamé. Ce médica-

ment m'inspire moins de passion dans les deux sens : je l'ai essayé sans m'en engouer, et je ne le crois vraiment utile dans l'hystérie qu'à petites doses, pour procurer du sommeil ou pour calmer l'hyperesthésie de l'angine hystérique ; à la dose de 25 centigr. en nature, ou à la 2e trituration, il m'a rendu de grands services.

M. Cretin nous a vanté l'électricité statique sans nous préciser très nettement les indications. Je l'ai essayée sans grand succès. Cependant, chez une femme qui avait une hyperesthésie utérine extrême, elle a produit un grand apaisement. En tout cas, les renseignements généraux que nous donne M. Cretin sont précieux.

M. Jousset nous a vanté l'action de nux vom. et de belladone dans plusieurs indications ; je ne puis que faire écho à son renseignement, sauf que je préfère ignatia à nux vom, surtout quand il y a une exagération des sentiments affectifs.

Contre les convulsions générales, ce que j'ai trouvé de mieux, ce sont les affusions froides comme je l'ai expliqué dans ma conférence.

J'arrive maintenant à ce que j'ai nommé les clefs de l'indication, ce en quoi je parais avoir un peu chiffonné mon ami M. Cretin, qui semble avoir été surtout choqué de me voir distinguer et mettre séparément la forme morbide et la localisation et les conditions étiologiques. Il me semble cependant que ce sont là trois choses distinctes.

Nous avons devant nous une hémorrhagie, voilà la forme morbide : mais pour une hémorrhagie hé-

morrhoïdaire je donnerai plutôt hamamelis, et millefolium si c'est une hémorrhagie vésicale.

Ou bien nous avons une douleur dans les reins : Pareira si elle vient de gravelle ; thuya si elle coule dans le cordon jusqu'au testicule ; bryone si elle s'accompagne de pituites, de régurgitations acides.

De même pour les conditions étiologiques. Le rythme qui rentre dans cette classe n'est pas un phénomène mais une condition de phénomène ; si c'est une douleur ou une fluxion, ou un flux, la forme morbide importe peu, non plus que la localisation si le rythme est l'indication ; et le sulfate de quinine y répond, ou arsenic, ou peut-être nux vom., ou pulsatilla selon le rythme.

Je n'ai point dit qu'il fallait toujours répondre à ces cinq clefs que j'indique, mais j'ai bien spécifié que c'est tantôt l'une, tantôt l'autre, quelquefois deux qui sont la clef de l'indication. J'espère qu'en voulant bien me relire il n'y aura pas de doute.

Il m'est impossible de m'arrêter sur l'interprétation de la loi de similitude, cela m'entraînerait trop loin, et je crois avoir dit ce que je ne ferais peut-être que répéter. Mon ami M. Cretin nous a dit qu'il m'avait précédé dans l'interprétation que je donne, et que je tombe dans deux opinions contradictoires que je reproche à Hahnemann. Je ne le croyais pas, et ne saurais encore le croire. Mais c'est là un point considérable, dont j'estime avoir pesé l'importance tout en reconnaissant que c'est une question d'interprétation.

Il est, pour le moment, plus utile encore, je crois, de la laisser à méditer que de la discuter.

Enfin, quelques mots seulement sur la question de l'unité morbide. J'ai relevé là un vieux dogme de nos traditions qui n'est saisissable qu'à la condition de bien voir le sens légal de ses applications. En général, deux actions générales différentes s'excluent dans le même être comme deux actions locales s'excluent dans le même point, comme deux corps ne peuvent occuper le même lieu. La loi a été très bien relevée par J. Hunter. Mais cela ne veut pas dire qu'il ne puisse y avoir hybridité, conjonction de deux mouvements qui se combinent, ou même présence d'un mouvement morbide plus ou moins généralisé avec un mouvement local qui échappe à l'action générale. Ce dernier point se voit tous les jours dans des maladies aiguës chez une personne qui garde une affection locale chronique d'une autre nature.

De même, l'unité peut être dans la succession, comme je le remarquais chez le malade qui a donné lieu à mes remarques cliniques. Il peut y avoir un même fond commun qui amène successivement des affections différentes, ou bien les affections en suscitent de secondaires qui sont commandées par un fond commun. Ainsi une bronchite qui semble d'abord une bronchite simple, mais qui dure, et amène une phthisie pulmonaire, était peut-être vraiment une affection simple, encore bien qu'on puisse en douter, parce que chez un individu si bien prédisposé au tubercule qu'il y vient rapidement, la bronchite pouvait déjà être tuberculeuse. Si elle n'a été vrai-

ment qu'un rhume dans son début, elle sert d'insinuation au mouvement tuberculeux qui éclate. Il y a unité dans la succession des mouvements comme dans leur ensemble.

Mais c'est là une question très vaste qui pour être traitée en son entier nous demanderait plus de temps que nous n'en avons à lui accorder. Ce qu'il y faut voir surtout, c'est le sens général de la loi traditionnelle sur l'unité de l'être à l'état de maladie comme à l'état de santé, en remarquant bien, que comme à l'état physiologique, la vie de chaque organe en particulier à son inconvénient propre dans l'ensemble des inconvénients de la vitalité générale, de même chez le malade il peut y avoir des affections qui s'isolent plus ou moins localement sous le mouvement morbide plus ou moins généralisé dans l'être.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance ; on met à la suite de l'ordre du jour la clinique du Dr M. Jousset.

La séance est levée.

BANQUET

DU 131e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN.

Moins banale que d'habitude la réunion de cette année qui a eu lieu le 12 avril dernier. Deux jours auparavant, le *Figaro* publiait un entrefilets que nous lui empruntons :

« Notre Rédacteur en chef a reçu la lettre suivante :

« Monsieur le Rédacteur en chef,

» Un de vos collaborateurs, M. le docteur Janicot, a exposé en termes excellents la méthode de M. Pasteur pour la préservation de la rage après morsures *par inoculations du virus de la rage*. Il a, de plus, recommandé chaudement à vos lecteurs l'*Institut Pasteur*.

» Si vous vouliez bien nous faire l'honneur de charger votre collaborateur de représenter votre journal au banquet des médecins homœopathes de Paris, qui aura lieu au Grand-Véfour, le 12 courant, à sept heures et demie, nous serions heureux de lui remettre, au champagne, le montant de la souscription de la Société homœopathique de France pour l'Institut Pasteur. Nous tenons seulement à motiver notre souscription.

» Veuillez agréer, etc.

» *Le commissaire du banquet*,

» Dr Rochet. »

Notre collaborateur ne saurait décliner cette invitation, bien qu'elle ne laisse pas que d'être un peu malicieuse et calculée, sans doute. Gare au « *similia similibus curantur* ».

L'événement n'a pas démenti les promesses que renfermaient ces lignes et la plupart des toasts ont

mérité les compliments de convention dont les *reporters* du *Bulletin* sont tenus d'enguirlander leurs compte-rendus.

Notre savant maître, le docteur Frédault, qui, en sa qualité de Président de notre Société, préside le banquet, ouvre le feu avec un discours dont la forme littéraire est très soignée, et que nous sommes heureux de reproduire *in extenso :*

Messieurs,

Je vous propose notre toast traditionnel : à la mémoire de Hahnemann ! à la propagation et à la glorification de son œuvre ! à la gratitude de ceux qui ont bénéficié ou bénéficieront de ses travaux.

Son œuvre, c'est l'homœopathie : ce mot la résume et la personnifie ; la réforme thérapeutique la plus considérable et la plus féconde dont notre histoire fasse mention. Elle a rencontré une opposition inévitable, non toujours juste, en raison de son originalité, je pourrais dire de son étrangeté, et en raison des habitudes d'esprit qu'elle labourait sans souci de les heurter. Malgré sa valeur, ses pas en ont été d'abord ralentis, mais aussi plus assurés, et son expansion est devenue considérable, comme on en peut juger par le nombre de ses adhérents, des médecins qui la pratiquent, des pharmaciens qui préparent ses médicaments, des hôpitaux et des dispensaires qui se multiplient, et par conséquent des malades de tout rang qui demandent ses secours.

Aujourd'hui, on ne peut récuser le terrain qu'elle a

gagné, le rôle qu'elle a pris en médecine, en y entrant par voie d'infiltration, plutôt que par voie d'implantation. Il eût été plus sage et aussi plus noble de lui faire sa place ; mais les passions ombrageuses manquent souvent de grandeur et d'intelligence, et on a mieux aimé, dans une opposition très dure, souvent injuste, mettre une sorte de complaisance à lui faire des emprunts partiels, ou subir bon gré mal gré son influence.

Tout le monde sait que c'est à cette influence qu'on doit la cessation de l'abus de la saignée ; et c'est à la suite de Hahnemann qu'on y a substitué l'usage de l'aconit, ce merveilleux aconit que tout le monde emploie sans gratitude pour celui qui l'a remise en honneur.

Depuis bien des années on se gêne peu pour présenter comme nouveaux des médicaments dont l'étude et l'usage sont tirés de notre matière médicale : la bryone, la drosère, le thuya, la cochenille, le capsicum. Je ne les nommerai pas tous. Il est bien clair qu'on se les approprie parce qu'on les trouve bons. Mais je me demande pourquoi ne pas tout prendre, du moment qu'on en est à emprunter les vases d'or des Egyptiens.

D'un autre côté, il n'est bruit partout, chez ces thérapeutistes, que de l'étude expérimentale et physiologique des médicaments. C'est exprimer, mais autrement, un des dogmes de Hahnemann, qu'il faut expérimenter les remèdes sur l'homme sain, pour connaître leurs effets positifs, qu'il nommait aussi leur spécificité physiologique. Ce n'est peut-être pas d'une

traduction très exacte, il y a une légère différence. Mais ne dit-on pas que traduire c'est trahir, et souvent s'approprier.

Et notre globule ! je dirai volontiers notre merveilleux petit globule, comme le qualifient tous ceux qui en ont bien le maniement ; n'a-t-il pas aussi sa traduction dans le granule, qui lui ressemble tant par le volume et par la commodité de l'usage. On le trouve partout ; c'est presque un concurrent. On peut les confondre et s'y tromper. Ne nous en effrayons pas cependant, parce que d'abord le granule est un progrès pour l'usage des alcaloïdes, et parce que là où il a passé le globule viendra et restera. D'ailleurs, rappelons-nous que c'est le sort des meilleures choses de provoquer l'irritation ou la contrefaçon ; que c'est aussi leur honneur, et souvent le meilleur moyen pour les propager et les faire estimer.

Enfin, Messieurs, nous assistons à l'universel enthousiasme qui accueille les inoculations de virus rabique atténué pour guérir ou préserver de la rage. Avec vous je m'incline, et j'admire cette heureuse appropriation de la loi de similitude et de l'atténuation des doses ; et si je garde des réserves que toute question scientifique impose, j'honore un travail patient justement couronné par la gloire. Mais en même temps, je crois entendre Hahnemann tressaillir dans sa tombe au bruit de ces acclamations universelles, comme si elles étaient le témoignage enthousiaste de la justice enfin rendue par les académies, par les facultés, par tout le monde, à l'homœopathie triomphante.

Tout cela n'est-il qu'illusion ou poussière mensongère? Ou bien est-ce un jour nouveau qui se lève, jour de vérité et de justice comme l'histoire en a peu connus ? Mais alors, en ce moment, au lieu et place que j'occupe, ne serait-ce pas plutôt à l'heureux et savant auteur des inoculations triomphantes de porter le toast que je vous propose, et que je suis tenté de redire en son nom comme au nôtre :

A la mémoire de Hahnemann ! à la glorification et à la propagation de son œuvre ! à la gratitude de ceux qui ont bénéficié ou bénéficieront de ses travaux ! »

Puis c'est le tour de l'excellent docteur Leboucher, plus vert que jamais et le plus jeune de tous les jeunes :

« Messieurs,

Il y a bien un demi-siècle que nous fêtons à Paris l'anniversaire de l'homœopathie, ou plutôt celui de son immortel fondateur. Me permettrez-vous de dire que j'en retirerais un grand avantage, si je n'avais pas en même temps vieilli d'autant, c'est l'honneur d'être votre doyen dans la pratique de l'homœopathie. Pardonnez-moi, Messieurs, d'introduire ici ma trop mince personnalité. C'est pour avoir le droit de vous rappeler d'anciens et chers souvenirs.

Au temps de nos premières agapes, nous n'avions que des vœux à exprimer, des expériences à fortifier, des éloges à distribuer ; mais l'œuvre implacable du

temps ajouta bientôt au nombre des devoirs de ces réunions, celui de rappeler des souvenirs douloureux et de marquer nos deuils par de communes expressions de regrets. Si cet anniversaire est la fête d'une grande idée rénovatrice, ce doit être aussi justement celle du souvenir de ceux qui furent les actifs, les intelligents ouvriers des heures plus difficiles.

Il y aurait à citer beaucoup de noms grandis par l'idée nouvelle, et que leur généreux concours a fait prospérer. Déjà bien des fois, ils ont été remis à l'ordre du jour en termes que je ne veux pas affaiblir en les paraphrasant. D'ailleurs, pourquoi serait-ce chaque fois le tour des grands noms et jamais celui des moins illustres ? Est-ce que dans un grand, dans un bel et majestueux édifice, les grains de sable qui constituent le ciment ne méritent pas quelque souci auprès des grandes et importantes colonnes de marbre qui concourent plus brillamment à l'ensemble du splendide monument ? Je suis assuré d'avance du concours de votre opinion et je sais bien, Messieurs, que je ne fais ici qu'exprimer un sentiment unanime.

Permettez-moi donc d'aller plus loin dans cette idée.

Pendant qu'il en est temps encore, pendant qu'il reste quelques honorables débris des vieux serviteurs de notre grande cause, serai-je contredit si je propose aux membres des deux Sociétés une œuvre d'encouragement pour ceux qui restent et pour ceux que l'avenir fera leurs successeurs ? Je veux proposer l'exécution d'une courte et substantielle biographie de tous ceux, petits ou grands, que nous aurons vus à l'œuvre. C'est fait en partie pour les noms hors de pair : mais il n'y

a rien ou presque rien pour les humbles, pour les simples et modestes praticiens qui n'ont fait que prouver le mouvement en marchant. Ce serait un livre d'honneur, le livre d'or de l'homœopathie.

Permettez, Messieurs, que je m'explique : je ne veux porter atteinte à la bourse de personne. Voici comment je comprends l'exécution de ma proposition.

Le journal de la Société Hahnemannienne fédérative publie des pathogénésies et il les imprime avec une pagination spéciale qu'on peut ensuite réunir en volume. Je propose d'en faire autant pour les biographies dont je parle. Et afin que l'œuvre n'entraîne pas de complication, pour qu'il n'y ait qu'un même format, l'un des journaux existants serait chargé de l'impression. Tous ceux qui le voudront seront appelés à la collaboration. Aucun abonné ne songera certainement à se plaindre de cette nouveauté. Pas de jaloux ; celui qui ambitionnera une place n'aura qu'à mourir.

L'entente et l'organisation de ce travail seront l'affaire d'une commission qui reste à nommer.

Et maintenant ai-je besoin de justifier cette idée ? Tout le monde comprend qu'il y a là un honorable sentiment de justice ; mais il y a autre chose.

Je ne sais plus quel homme politique a dit un jour : « Nous faisons de l'histoire. » Hé bien, Messieurs, nous aussi, nous faisons de l'histoire. Il est vrai que de grands hommes ont élevé de merveilleux édifices, d'imposantes cathédrales et ont oublié de laisser leurs noms à la postérité. Nous ne sommes pas si modestes et pour cause. Ce n'est pas sans doute que chacun de nous se croie un génie supérieur, mais dans l'œuvre

collective d'élaboration médicale à laquelle nous avons tous voué notre vie, il y a tant de choses à découvrir, tant de détails à élucider, à perfectionner qu'il faut bien encourager chaque travailleur, même l'engourdi, le paresseux. Et s'il ne faut qu'une simple tige de laurier pour le stimuler, pourquoi la refuserions-nous? Dans tout ceci, ce que nous devons surtout voir, c'est la fin, c'est l'œuvre et non pas l'homme, mais nous ne pouvons nous passer de ce dernier.

Notre fière rivale a son histoire et la biographie des noms qui l'honorent et qui lui sont chers. Il faut que nous puissions lui imposer non seulement la supériorité de nos doctrines, mais aussi forcer son intérêt par le courage et le mérite d'une imposante phalange.

Je ne veux pas vous fatiguer par une plus longue dissertation, je désire seulement livrer cette exposition à vos méditations et à vos observations.

Si vous ne croyez pas devoir vous associer à mon idée, du moins vous serez de cœur avec moi dans l'expression de mon toast :

A la mémoire de tous ceux qui ont apporté leur part de travail à la défense et à la propagation de l'homœopathie ! »

Mais voici le grand triomphateur de la journée, le docteur Jousset I, à qui il suffit de prononcer ces paroles magiques : « Messieurs, je vous propose de porter un toast à M. Pasteur, homœopathe » pour que toutes les conversations s'arrêtent et qu'au

fond des flûtes effilées le vin de Champagne apaise le bouillonnement de ses bulles d'acide carbonique. Le fait est qu'elle étonne à bon droit l'auditoire, la proposition du rédacteur en chef de l'*Art Médical*, de ce journal qui croyait avoir tout dit sur M. Pasteur, quand il avait qualifié ce dernier de chimiste. Mais nous sommes à une époque où fleurissent les « opinions successives » et contentons-nous en historiographe fidèle de reproduire le toast du grand clinicien et de signaler les bruyants applaudissements qui l'ont salué.

« Messieurs,

Un grand philosophe a défini l'homme un animal raisonnable ; moi, je le définirais volontiers un animal méchant et jaloux. Quelle est, je vous prie, la vérité qu'il n'a pas essayé d'étouffer ? Quel est le grand homme qu'il n'a pas méconnu ou persécuté ? Faut-il évoquer devant vous le souvenir de la découverte de la circulation, de la vaccine, de l'homœopathie et aussi des inoculations préventives de Pasteur. Railleries, mensonges, critiques passionnées et injustes, persécutions, arrêts des académies et des parlements, tout a été employé pour étouffer la vérité dans son berceau ; aujourd'hui il y a encore des médecins qui accusent la vaccine de produire la fièvre typhoïde et des associations d'antivaccinateurs. Ce serait à désespérer, si nous ne savions pas que la vérité se perfectionne et se fortifie dans la persécution même.

Parmi les vérités médicales persécutées nulle ne l'a

été au degré de l'homœopathie, surtout dans notre vieille Europe. On ne nous jette plus de pierres comme on faisait à Hahnemann, mais on nous exclut des hôpitaux, des facultés, des académies et de la presse médicale ; on trace autour de nous un cordon sanitaire ; on voudrait nous tuer par le mépris et le silence. Nos adversaires n'ont pas pu nous enlever la clientèle parce que nous guérissons et que les malades veulent guérir n'importe par quelle méthode, mais ils éloignent de nous la jeunesse des écoles par la crainte des persécutions et par les inepties qu'ils s'en vont répétant contre nous.

Et voilà qu'au milieu de cette œuvre mauvaise, une voix autorisée, une voix que nul ne peut étouffer, s'élève et dit : on guérit la rage par la rage, *similia similibus curantur*.

Il ne faudrait pas objecter que les inoculations de Pasteur sont seulement préventives de la rage après morsure ; que c'est une sorte de vaccination ; que par conséquent il n'est pas exact de dire : la rage guérit la rage.

C'est là une erreur profonde.

Quand, dans ses premières expériences, il inoculait le virus rabique à des chiens bien portants et les rendait ainsi réfractaires à la rage, Pasteur faisait une sorte de vaccination ; mais quand il inocule le virus rabique à des hommes mordus par des chiens enragés, il inocule des hommes malades, des hommes en incubation de la rage... Ce n'est plus là de la thérapeutique préventive, mais de la thérapeutique curative au premier chef ; il guérit la *rage en évolution* et, par là, démontre

expérimentalement la vérité de cette grande loi de l'homœopathie : les semblables guérissent les semblables.

C'est pour cette raison que la Société homœopathique de France, reconnaissant dans M. Pasteur un tenant de l'homœopathie a souscrit généreusement pour l'Institut Pasteur.

Mais, dira-t-on, il y a des insuccès. Les médecins devraient être les derniers à s'en étonner, puisqu'ils savent que les sciences biologiques sont essentiellement contingentes et que la certitude thérapeutique n'est pas la certitude mathématique. La vaccine aussi elle, à son début, eut des insuccès qui faillirent décourager Jenner. Ces insuccès tiennent à la nature même du sujet d'abord ; ils tiennent aussi, pour une certaine part, aux procédés difficiles et complexes employés par Pasteur.

Pour atténuer le virus rabique, Pasteur procède par les inoculations en séries. Nous émettons le vœu qu'il cherche à atteindre le même but par la méthode bien définie des atténuations successives. Peut être trouvera-t-il par ce moyen un agent plus sûr, et même un agent capable de combattre la rage confirmée.

Nous voulons croire que la crainte de passer pour homœopathe n'empêchera pas Pasteur d'entrer dans la voie que nous indiquons ; c'est un esprit de trop grande envergure pour s'arrêter à des préjugés.

C'est pourquoi je bois à Pasteur homœopathe. »

N'est-ce pas là un morceau achevé d'habileté oratoire et scientifique et ne serais-je pas mal venu

de regretter le louis dont m'ont soulagé ces agapes confraternelles ? Quel homme que ce Jousset I ! Nul parmi nous n'avait envie de contester sa supériorité et je crois que le docteur Janicot, à qui incombait le soin de lui répondre, doit être de notre avis. Voilà un cher confrère qui pourra, quand il le voudra, écrire un commentaire bien senti et bien personnel sur le

Timeo Danaos et dona ferentes.

Le docteur Frédault lui a gracieusement offert une enveloppe contenant le montant de notre souscription à l'Institut Pasteur. Après une gracieuse inclinaison de tête à l'adresse de notre aimable Président, le docteur Janicot se met en devoir de remercier les bons confrères homœopathes de leur concours financier. Tout cela marche assez bien, mais il y a ce diable de toast de ce diable de Jousset I et il faut bien y répondre. Au début, notre ami Janicot est habile et heureux et au coup droit que lui a décoché le clinicien de Saint-Jacques, il réplique par de spirituelles insinuations. « M. Jousset est plus royaliste que le roi et plus pastorien que M. Pasteur qui n'a jamais dit ni écrit qu'il guérissait la rage. La méthode de M. Pasteur n'est qu'un traitement prophylactique après morsure. (*Les homœopathes sourient.*) M. Pasteur fait-il de l'homœopathie ou de l'allopathie ? Il ne semble guère se préoccuper de ces questions ; en tout cas, son homœopathie ressemblerait fort à la prose de M. Jourdain. »

Je prends ici la liberté d'ouvrir une parenthèse.

Quelques-uns de mes confrères ont la méchanceté de ne pas croire à l'inconscience homœopathique de M. Pasteur ; mais qu'ils prennent garde, ou sinon on les traitera comme de vulgaires Navarre.

Cette façon ingénieuse d'éviter le rattachement de la méthode de M. Pasteur à l'homœopathie avait provoqué quelques sourires que nous avons consciencieusement notés. Notre confrère s'en est-il aperçu ? En a-t-il ressenti quelque influence? Je l'ignore ; toujours est-il que, délaissant le combat que lui a offert le docteur Jousset, il nous entretient de l'utilité de l'Institut Pasteur. La rage n'est rien,quand on songe au petit nombre de ses victimes, en comparaison de ces fléaux qu'on nomme la diphthérie, la fièvre typhoïde, la tuberculose, etc., et les études bactériologiques que M. Pasteur pourra désormais poursuivre avec plus de facilité et de certitude rendront grand service à l'humanité et maintiendront à la France ce renom scientifique que l'Allemagne espère lui ravir. La digression était habile, elle eut le tort d'être exposée à la fois d'une façon un peu embarrassée et trop médicale et nous allons voir ce qu'à la fin du banquet, elle a rapporté à son auteur.

Le docteur Ozanam succède au docteur Janicot, et prononce les paroles suivantes :

« Messieurs,

Je porte aujourd'hui mon toast à l'*Isopathie* !

C'est vous dire que je le porte à *Lux*, le pharmacien hongrois qui, le premier, en conçut l'idée sublime !

A *Dufresne*, de Genève, qui le premier, guérit la pustule maligne avec le virus du malade lui-même, préparé à la 6me dilution !

Enfin, au savant *Pasteur*, le rénovateur de la doctrine, auquel vous venez de consacrer votre souscription tout humanitaire.

Devons-nous cependant nous réjouir du succès de son œuvre pour l'avenir de nos doctrines ?

Il semblerait que non, car, jusqu'à ce jour, ses plus zélés partisans, ont eu grand soin de nous tenir à l'écart ; mais, nous avons un esprit plus large ; nous admirons le génie de Pasteur, et nous croyons que ses découvertes détermineront le succès de l'homœopathie, en lui assurant un triple triomphe : Sur le *mépris*, — sur l'*antagonisme* scientifique, — sur *l'ignorance*.

1° Le *Mépris*, car c'est lui qui nous a empêché, nous-mêmes d'employer l'isopathie ; un mélange de dégoût, et de respect humain, nous éloignait de prescrire le *psorinum*, le *blennorrhin*, le *syphilin*, *l'hydrophobin*.

2° *Antagonisme scientifique*, car sous le manteau de l'homœopathe, l'isopathie n'aurait pu réussir. Le savant *Davaine* n'avait-il pas failli échouer, quand il présenta à l'Académie ses trentièmes dilutions charbonneuses, encore plus virulentes que la première.

3° *L'ignorance*. — Personne ne songeait à cultiver les virus, et nul ne savait avant Pasteur qu'il existait plusieurs moyens d'en modérer la violence.

C'est lui qui enseigna, le premier, les *atténuations* par *cultures*, par la *chaleur*, le *froid* et le *temps*.

Certes, son œuvre est immense; il pourrait légitimement s'écrier comme le Dante dans sa divine comédie :

Nel mezzo del cammin di nostra vita,
Mi ritrovai per una selva oscura.
Che la diritta via era smarrita.

« Au milieu du chemin de ma vie, je me trouvai dans une forêt sauvage et obscure où le droit sentier était effacé ».

Oui, certes, car personne ne voyait clair, dans la question des virus et de la contagion.

N'est-ce pas lui, encore, qui a imaginé les *inoculations sérielles*, par ordre de puissance, démontrant que pour préserver de la rage, il en fallait pratiquer jusqu'à vingt ?

Mais pourtant, nous aussi, nous devons accomplir une tâche scientifique, à laquelle le grand savant n'a pas encore touché ; c'est l'atténuation des virus par *dilution* et par *trituration*.

Or, voyez leur importance ! En 1877, longtemps avant Pasteur, le Dr *Berridge*, des Etats-Unis, appelé pour un jeune homme mordu par un chien reconnu enragé, lui mit sur la langue un globule d'*hydrophobin* à haute dilution, et tandis que l'animal mourait en trois semaines, l'enfant resta deux ans préservé de la rage.

Il la prit néanmoins et en mourut alors. Ce fait nous enseigne trois choses :

1° Que les dilutions ont toute l'efficacité des inoculations ;

2° Qu'une seule dose ne suffit point ;

3° Qu'on doit attendre avant de proclamer le triomphe définitif du pasteurisme, puisque le bienfait des

inoculations pourrait encore s'épuiser au bout de deux ans.

Nous avons donc aussi notre mission à remplir, au lieu de rester simples spectateurs des efforts laborieux du génie.

Rappelez-vous ce proverbe allemand ; « *Raste ich, Roste ich* ! » *Si je m'arrête, je me rouille* ! »

Il faut donc, Messieurs, oui, il faut créer, vous aussi, un institut expérimental isopathique, où l'on étudiera les virus d'après la méthode de Hahnemann.

Vous avez des hôpitaux, vous avez des élèves intelligents, laborieux, pleins de zèle, utilisez toutes ces activités, guidez-les, et bientôt des résultats féconds viendront couronner vos efforts, en faisant triompher votre doctrine.

Répétons donc avec un poète ces fermes paroles qui peuvent nous servir de règle et de guide :

Ni tristesse, ni joie !...
Marchons, libres toujours
Et marquons notre voie
D'un progrès chaque jour ! »

Au docteur Cramoisy revient la tâche de porter le toast traditionnel aux médecins homœopathes de la province et de l'étranger :

« J'ai l'honneur, Messieurs, de porter un toast à ceux de nos confrères de la province et de l'étranger qui n'ont pas craint d'abandonner leurs occupations et leurs familles pour venir au milieu de nous honorer la mémoire de Samuel Hahnemann.

Permettez-moi aussi d'étendre cet hommage public à ceux qui, comme nous, combattant pour la vérité, mais trop éloignés ou empêchés, n'ont pu se rendre ce soir à notre réunion.

Je bois à la santé de tous ces vaillants confrères, et je prie notre honorable secrétaire général de leur envoyer, avec nos regrets, nos plus vives sympathies.

Notre ami, le docteur Thévenin Conqueret, de Versailles, se charge de la réponse des médecins de province :

« Je vous remercie, Messieurs, de l'aimable accueil que vous faites à vos confrères de province. C'est un grand plaisir pour eux de se trouver au milieu de vous et de passer quelques heures avec les maîtres éminents qui travaillent avec tant de science et de zèle à la diffusion de la grande vérité thérapeutique que nous a léguée l'illustre médecin dont nous célébrons aujourd'hui l'anniversaire.

Je bois à mes maîtres et à mes confrères de Paris. »

Le Président donne ensuite la parole au docteur Rochet, dont voici l'allocution :

« Après les toasts que vous venez d'entendre et qui vont si bien à leur adresse, permettez-moi, comme trésorier de la souscription Pasteur, d'en porter un à tous ces confrères et amis qui, de loin comme de près, ont bien voulu, avec un empressement au-dessus de tout éloge, répondre à l'appel qui leur était fait au

nom de la Société médicale homœopathique de France.

Les lettres nombreuses et sympathiques qui accompagnent et motivent ces souscriptions montrent combien tous sont unis dans la doctrine que nous défendons, et c'est là le cas de dire ou jamais :

Cor unum et anima una.

Oui, c'est l'unité qui fait la force de la cause qui nous est chère à tous.

A Paris et dans tous les pays de la France où nous nous sommes adressé, on a répondu à notre appel avec un véritable enthousiasme et une noble émulation.

Quelques-uns, malgré de nombreuses suppliques faites en tout temps à leur bourse, ont *subito* retiré de cette même bourse toujours inépuisable à l'endroit des bonnes œuvres, une obole importante. D'autres, craignant de n'avoir pas assez donné, sont revenus à la rescousse et ont doublé, puis triplé leur offrande. D'autres, plus nombreux sans doute, ont versé une modeste souscription ; mais ces offrandes d'autant plus méritoires qu'elles sont plus modestes, ont eu, elles aussi, leur valeur, puisqu'elles ont contribué à nous faire atteindre le chiffre que nous voulions offrir.

Merci donc aux nombreux souscripteurs de Paris, merci à ceux de la France, et en particulier à ceux d'Amiens, de Bordeaux, de Lyon, de Nice, de Nancy, de St-Quentin, de St-Etienne, voir même de l'Afrique, car Oran a généreusement souscrit.

Portons donc un toast plein d'affection et de reconnaissance à tous ces vaillants soldats qui, sur tous les

points du globe, livrent le bon combat pour la gloire de Hahnemann et de l'homœopathie. »

La série des toasts semblait épuisée et nous allions nous lever pour passer au salon, quand M. Cardon, rédacteur du *Soleil* qui, avec un de ses collègues du *Gaulois* et le docteur Janicot, du *Figaro*, représentait la presse à notre réunion, demande la parole. Il tient, dit-il, à protester au nom de la science, de l'humanité et de la patrie, contre la critique qu'a faite M. Janicot de l'œuvre de M. Pasteur et du nouvel Institut. Vous voyez d'ici l'algarade. Le Dr Janicot se lève à son tour et veut expliquer son toast. Le banquet va dégénérer en réunion politique, voire publique. Heureusement, notre Président a de l'esprit et de la décision : Messieurs, dit-il, nous ne sommes pas à un congrès. On rit et, au milieu des conversations bruyantes et animées qui se prolongent jusque vers minuit, s'explique le malentendu. Notre ami Janicot n'avait eu, grand Dieu, nulle idée de rogner les lauriers de M. Pasteur; mais il avait eu le tort d'oublier que quelques-uns de ses auditeurs n'étaient pas médecins et que certaines de ses propositions risquaient fort d'être mal interprétées précisément à cause de leur formule exclusivement scientifique. Peut-être aussi aurait-il bien fait de prendre quelques précautions et de ne pas penser qu'on peut répondre *à la volée* même au toast d'un homœopathe.

A. Claude.

DES EAUX SULFUREUSES DE LUCHON

(HAUTE-GARONNE).

Les appareils d'inhalation du Professeur Frébault

Par le Dr René SERRAND

Médecin consultant à Bagnères-de-Luchon

—

Les eaux de Luchon dégagent spontanément des *vapeurs sulfureuses*, l'inhalation se fait donc naturellement, sans qu'il soit nécessaire de la provoquer par des moyens artificiels, en faisant chauffer l'eau ou en la pulvérisant dans une caisse traversée par de l'air chaud, comme cela se pratique dans les stations similaires.

Pour répondre aux désirs des médecins qui attachent une grande importance à l'absorption pulmonaire des vapeurs sulfurées, l'on a construit des *Salles d'inhalation* où sont installés des appareils qui permettent de régler à volonté le débit de vapeur sulfureuse, de manière à pouvoir en faire absorber des quantités variables, suivant les cas pathologiques. C'est le docteur Frébault, professeur de Chimie à la Faculté de Médecine de Toulouse, qui, en digne successeur de Filhol, a été chargé de l'analyse des vapeurs sulfureuses émises par les Sources de Luchon, c'est aussi à lui que l'on doit l'installation des nouveaux appareils d'inhalation.

Grâce à ses travaux, l'inhalation réglée et dosée suivant les besoins thérapeutiques, devient le trai-

tement le plus sûr des affections diverses de l'appareil respiratoire.

En dehors de son action locale, il faut reconnaître à l'inhalation une action générale des plus puissantes, car elle s'adresse à la muqueuse pulmonaire, là où s'effectuent les phénomènes physiques et chimiques de la respiration, qui consistent en un véritable échange de gaz entre l'air et le sang, à travers une simple couche d'épithélium d'un centième de millimètre d'épaisseur. Chaque inspiration étant en moyenne d'un 1/2 litre d'air, le nombre des inspirations étant pour l'adulte de 18 par minute, une inhalation de cinq minutes met en contact 45 litres du médicament avec les vésicules pulmonaires dont les trois quarts, soit 150 mètres carrés, sont occupés par les capillaires sanguins.

Existe-t-il un mode d'intervention thérapeutique plus immédiat, plus étendu, plus actif ?

Restait à régler l'application de ce procédé, abandonné jusqu'à ce jour au hasard ; c'est ce que vient de faire à Luchon le professeur Frébault, dont l'ingénieux système de humage permet de doser cet agent puissant suivant les indications les plus minutieuses du médecin.

Nous ne pouvons donner ici une description complète des appareils inventés par le professeur Frébault, nous nous bornerons à indiquer rapidement la disposition générale, ainsi que les avantages qui résulteront de l'application de ce système.

Disons d'abord que, contrairement à ce qui existe dans les Salles d'inhalation ordinaires, l'air circule

librement dans les Salles de humage de Luchon, le séjour n'y aura donc rien de pénible, l'air ambiant n'étant modifié, ni comme température, ni comme humidité ; l'inhalation s'y fera à volonté en s'approchant des appareils qui mettront en communication directe le larynx et les bronches du malade avec les vapeurs sulfurées des sources. Les salles sont pourvues de 26 bouches de vapeur alimentées par 4 sources différentes.

La disposition de ces bouches mérite une attention toute particulière. Chaque tube de humage, fixé à une colonne d'aspiration en marbre blanc, constitue un appareil absolument indépendant des autres ; le bassin qui lui fournit la vapeur et qui est en beau marbre blanc, est alimenté par un cours d'eau spécial ayant un tuyau de sortie sans communication avec les autres bouches de vapeur. Les partisans de la doctrine microbienne approuveront fort cette disposition, dont les avantages sont, en outre, incontestables à d'autres points de vue.

En effet, on arrive par ce moyen à écarter certaines causes de variations dans la quantité de l'hydrogène sulfuré dégagée ; de plus il devient possible, à l'aide d'un mécanisme imaginé par le professeur Frébault, de régler l'écoulement du gaz par les tubes inhalateurs, de manière à le graduer par quarts. Chaque tube de humage en représente quatre de forces différentes, et comme ce système est appliqué à 24 bouches, cela donne 96 doses de vapeur minérale.

Telles sont les ressources nouvelles ; et nous pouvons le dire, uniques dans le monde entier, dont

[illegible] la thérapeutique des affections des voies respiratoires.

Résumons-en

Dans les nouvelles salles de [illegible] de Luchon, le malade n'est mis en contact avec les vapeurs sulfureuses que par ses organes respiratoires ; il est affranchi, par cela même des incommodités de l'inhalation ordinaire. Étant sole, il n'a pas à craindre d'être contaminé, comme il pourrait l'être dans une inhalation commune. En dehors de la quantité, le système adopté permet de faire varier les vapeurs au triple point de vue de la température, de l'humidité et de la sulfuration ; tout se trouve donc dosé, gradué, réglé, et ce genre de traitement n'est plus soumis au hasard, mais aux indications du médecin qui peut se servir différemment de l'inhalation des vapeurs sulfureuses de Luchon, suivant l'âge, la constitution, le tempérament et enfin l'affection morbide.

Ajoutons que nous devons à l'initiative du professeur Frébault la création des bains locaux de vapeur sulfureuse établis à côté des étuves générales et des étuves particulières.

APPLICATIONS DE L'HOMŒOPATHIE
AUX AFFECTIONS CHIRURGICALES

Par le Dr Kœck, de Munich.

(*Suite.*)

—

F. Ulcère scorbutique.— Caractérisé par ses fréquents saignements, parce que les vaisseaux sont extraordinairement fragiles, déterminé par une altération générale des humeurs et du sang, à la suite d'un séjour dans les forteresses, les casernes, les prisons, parfois les couvents. Les symptômes qui apparaissent les premiers se manifestent dans la cavité buccale ; les dents deviennent moins solides ; la gencive se gonfle, prend une coloration bleuâtre, et saigne à la moindre lésion ; l'haleine devient fétide, le flux salivaire apparaît. Puis, dans des parties du corps plus éloignées, sous la peau, se produisent des épanchements de sang, d'abord grands comme une piqûre de mouche et finalement de la dimension d'une assiette ; la coloration, d'abord rouge, devient verte, bleue, puis jaune ; finalement ces taches disparaissent. Cette maladie se manifeste principalement sur les muqueuses, par une tendance à la formation d'ulcères dans lesquels le *saignement* prédomine.

Le professeur Buchner a indiqué *les acides*, en général, comme remèdes curatifs des ulcères scorbutiques, particulièrement l'acide sulfurique (*sulphuris*

acidum) ; l'acide chlorhydrique (*muriatis acidum*) est non moins précieux ; et contre les violentes sensations de brûlure dans les ulcères de la cavité buccale, l'acide azotique (*nitri acidum*). Comme très efficaces, nous signalerons encore *carbo vegetabilis* et *phosphor*, surtout le *kali phosphoricum*, du Dr Schüssler, d'autant que les produits d'élimination des ulcères sont plus fétides. L'air pur, l'eau fraîche, les légumes frais appartiennent indiscutablement au traitement médicamenteux.

G. Ulcère osseux ou carie de l'os. — Il est déterminé par une inflammation de l'enveloppe médullaire de l'os ; les os riches en sang sont plus prédisposés à la carie qui bientôt entraîne les parties molles dans son processus morbide, principalement chez les scrofuleux et les tuberculeux. Le diagnostic de la carie est souvent difficile, surtout lorsqu'elle est dissimulée, c'est-à-dire située dans l'intérieur de l'os, sans retentissement sur les parties molles environnantes ; elle est facile à reconnaître, lorsqu'elle est ostensible, c'est-à-dire lorsqu'il y a trajet fistuleux de la partie osseuse interne malade, à la surface de la peau.

Les symptômes se composent, au début, avant l'irruption de la fistule, d'une douleur sourde, perforante, qui s'exagère au plus haut degré par la chaleur du lit. Surviennent ensuite des tiraillements particuliers, peu à peu les douleurs augmentent ; l'abcès se montre dans les parties molles, éclate et laisse échapper au dehors un liquide purulent vis-

queux. Cet orifice ne se ferme pas, parce qu'il s'écoule constamment du pus provenant de l'os malade ; il s'est formé un trajet qu'on nomme fistule, fistule osseuse. Une sonde en argent, introduite à travers le trajet jusqu'à l'os malade, noircira par suite du contenu sulfureux du pus osseux qui sent toujours mauvais ; la sonde laissera percevoir la rugosité et l'inégalité de l'os ; finalement l'os prend une consistance lardacée et se ramollit au point qu'on peut l'écraser avec le doigt.

Chez les enfants, dans le courant d'une scrofule à un degré élevé, il survient facilement une inflammation de la moelle osseuse ; les canaux osseux sont boursouflés, les sels osseux ont disparu, l'os lui-même est boursouflé et hypertrophié ; cette maladie est appelée *spina ventosa* ; aux petites articulations, des doigts, par exemple, les os sont gonflés d'une façon absolument difforme. On peut guérir cette maladie au moyen de *phosphor* et ses préparations ; mais la guérison est longue, et exige, de la part du malade, beaucoup de patience.

Le traitement homœopathique de l'ulcère osseux a encore, comme remède principal, *silicea*. La littérature cite des guérisons, au moyen de ce remède, de presque tous les os du squelette, surtout des *os creux*, du maxillaire inférieur, de la clavicule, du sternum, de l'os malaire. *Silicea* est également applicable aux odontalgies par dent cariée. Le symptôme qui m'a toujours indiqué son emploi, est la douleur provoquée par l'*introduction d'une substance chaude*, par exemple, la soupe chaude, *dans la bouche*.

On sait qu'ici *staphisagria* peut être également applicable, ainsi que *mercur.* ou *kreosot.* Mais chaque remède répond à une douleur spéciale du malade et a, par conséquent, sa caractéristique.

Nous avons, en outre, contre la carie :

Phosphor, qui agirait spécifiquement contre la carie du maxillaire inférieur ; de même *cistus canadensis* serait le spécifique de la carie du maxillaire supérieur. *Asa fœtida* contre le pus osseux fluide et putride. *Aurum* agit spécifiquement contre la carie des os du nez. *Iodium* est indiqué dans la carie osseuse, lorsque le malade est tuberculeux.

On a encore recommandé et employé plusieurs autres remèdes, comme : *angustura*, les *calcaires*, *mercur.*, *lycopodium*, *sulphur*, etc. Les personnes affectées de cette maladie perdent souvent patience et s'imaginent que la guérison tarde trop par le traitement homœopathique. Naturellement le résultat de la médication n'est pas ici tel que l'on puisse chaque jour *visiblement* constater la guérison ; mais le processus curatif s'effectue à l'intérieur, et nous ne pouvons pas, avec nos yeux, regarder en dessous de la peau. Néanmoins, nous avons des phénomènes extérieurs déterminés qui nous permettent de conclure de la façon la plus précise à l'amélioration, à la guérison de l'ulcère dans l'intérieur de l'os, notamment :

1. Suppression du flux purulent visqueux et putride ;

2. Diminution de la suppuration, et

3. L'aplatissement spontané de l'orifice de la fistu-

le, signe de l'expulsion prochaine d'un morceau d'os carié et de la guérison à bref délai.

H. Ulcère mercuriel. — Survenu à la suite de doses excessives et trop nombreuses de mercure. De fait, cette maladie n'appartient pas à la chirurgie, mais à la *toxicologie*, ou étude des effets des poisons. Pourquoi ne parlerait-on pas aussi bien d'une scarlatine par la belladone, d'une cécité par le tabac, d'un érysipèle par rhus, quoique ces remèdes (ainsi que beaucoup d'autres que nous connaissons en homœopathie) montrent aussi constamment leurs effet spécifiques que le mercure ?

Dans la syphilis, on administre (allopathiquement) toujours du mercure ; et si on le donne à doses imprudentes, le mercurialisme ne tarde pas à se montrer ; il apparaît à l'état *aigu*, sous forme de flux salivaire ou d'ulcère mercuriel superficiel. Le flux salivaire débute par un goût acide, l'allongement des dents, plus tard l'hémorrhagie par les dents, l'ébranlement et la chute ; les cheveux perdent leur brillant, et tombent ; les glandes salivaires se gonflent, deviennent épaisses et grandes, s'entourent de nodosités dures ; les glandes parotides et sous-maxillaires se tuméfient ; la salive est évacuée en forte quantité (un homme peut cracher jusqu'à 3 litres de salive par jour) et sous la langue on peut voir la salive s'échapper des orifices externes des glandes sous-maxillaires. Dans la bouche naissent des *ulcérations*, principalement aux endroits où les dents frôlent la joue, si bien que la forme des dents se moule dans la muqueuse des joues ; la joue est très

tuméfiée ; les ulcères sont de différentes grandeurs, sentent très désagréablement, et ont l'aspect blanc-lardacé. Mais il peut arriver aussi que ce processus d'intoxication mercurielle n'évolue pas d'une façon aussi aiguë, qu'il évolue, au contraire, *chroniquement*, que les ulcères dans la bouche et même sur la peau extérieure durent des mois, voire même des années, quoique le fait soit rare.

Les remèdes homœopathiques contre l'intoxication hydrargyrique en général, sont très importants et s'adressent aux organes et tissus dans lesquels le mercure s'est déposé. Contre les ulcérations mercurielles de la bouche, le meilleur remède est *nitri acidum* à l'intérieur, et en solution étendue (2 gouttes pour 1/2 litre d'eau) comme gargarisme et pour se rincer la bouche. La suppuration prédominante fait préférer *hepar sulphuris*.

I. Anthrax. — Classé par beaucoup de chirurgiens parmi les formes inflammatoires, et rapproché du phlegmon. Le processus qui se développe, dans l'anthrax, est sans doute une inflammation circonscrite dans le tissu cellulaire, mais une inflammation *qui devient gangreneuse* ; il y a une inflammation de démarcation avec suppuration, le bourbillon est expulsé, et il se forme une cicatrice. Chez les vieillards, après 70 ans, l'anthrax est toujours une maladie grave, surtout si l'appétit s'en va, et que la fièvre apparaît. Les symptômes de l'anthrax sont connus ; d'abord survient à la peau une tache rouge douloureuse ; puis apparaît une vésicule aux alentours de laquelle se montre de l'inflammation. Tout

autour existe une rougeur, de la chaleur et une tuméfaction d'étendue variable, tandis qu'à l'intérieur il se forme du pus ; l'anthrax commence à suppurer et à s'ouvrir, et le pus s'échappe par diverses ouvertures de la peau ; enfin, lorsque la peau s'est ouverte sur une plus grande étendue, on aperçoit le bourbillon qu'on cherche à enlever, parfois en pressant, après quoi le creux se comble de bourgeons. Il arrive qu'il puisse y avoir de 30 à 40 de ces bourbillons l'un à côté de l'autre qui donnent ainsi, par 30 à 40 trous, leur aspect à la peau. Les ponts qui se sont formés d'un trou à l'autre, peuvent devenir facilement gangreneux, et de la sorte, souvent déterminer l'élimination d'un morceau de tissu grand comme la main.

En homœopathie, outre les remèdes, nous prenons en considération la conservation des forces au moyen d'une nourriture fortifiante, surtout chez les vieilles gens. Parmi les médicaments, nous avons, avant tout, *arnica*, intus et extra, dès le début, lorsque nous remarquons à la peau la tache rouge douloureuse décrite plus haut. Le plus souvent on fait ainsi disparaître toute la manifestation morbide ; la *résorption* de l'affection inflammatoire a été déterminée par *arnica*. Ce résultat est-il impossible à obtenir, pour une raison quelconque, l'inflammation a-t-elle fait son apparition sous forme de *tuméfaction rouge*, on se servira de *belladona intus* et *extra* qui provoquera la régression du processus. Si malgré cela la tumeur augmente et devient plus douloureuse, ce qui indique que la suppuration est commencée,

tout doit converger à faire ouvrir l'anthrax dans des conditions favorables. Le lieu de son siège n'est pas du tout indifférent. Dans la région cervicale, l'anthrax — étoile de bouc du vulgaire — est très dangereux, non seulement à cause de l'épaisseur et de la dureté de la peau ainsi que des membranes tendineuses qui s'y trouvent, mais encore à cause du voisinage du canal médullaire vertébral, dans lequel le pus peut pénétrer par son propre poids. Il faut toujours et partout redouter cet accident, quand une cavité naturelle du corps est dans le voisinage de l'abcès, comme par exemple la cage thoracique, le bas-ventre, les articulations, etc.

La chaleur humide sous forme de compresses recouvertes de gutta-percha, ou la bouillie de pain blanc sont les moyens d'amener l'anthrax « à maturité ». Mais souvent déjà, sans l'emploi de ces prétendus cataplasmes, par la simple application d'huile pour ramollir la peau et en donnant à l'intérieur de deux heures en deux heures *silicea* à la 6e trituration centésimale, j'ai déterminé la maturation et l'ouverture spontanée des plus grands anthrax, sans le secours du bistouri et de la lancette. Je ne voudrais pas dire, pour cela, qu'un anthrax volumineux, situé dans une région dangereuse du corps, ne demande jamais le secours du couteau et de profondes incisions cruciales. Toujours la plaie doit être bien désinfectée et proprement entretenue, ce que nous faisons pour le mieux au moyen de bains et de compresses d'eau, additionnés de quelques gouttes d'*acide phénique*.

(*A suivre*). Traduit par le Dr G. SIEFFERT.

VARIÉTÉS

L'Expérimentation sur l'homme sain à Madagascar.

Un lecteur du *Temps*, qui ne dit point son nom, nous écrit pour demander que le buste de Radama II, roi de Madagascar, soit placé dans le vestibule de l'Institut Pasteur. Notre correspondant anonyme ne réclame pas une statue. Un buste, un petit buste lui suffit, mais il y tient.

A quel titre veut-il donner une place au fils de Ranavolo dans l'Institut Pasteur ? C'est ce qu'il me dit dans sa lettre et c'est ce que je vais vous dire à mon tour.

Le roi Radama II, qui se montra, dans son règne si court, l'ami de la France et de la civilisation, fut, à sa manière, un précurseur de M. Pasteur. Il chercha, lui aussi, des vaccins. Sans doute il procéda à cette recherche avec une ignorance de sauvage, mais il eut l'idée des virus salutaires, et il est juste de lui en tenir compte.

Le fait est attesté par M. le docteur Auguste Vinson, qui, pendant son séjour à Madagascar, en 1861, assista au couronnement de Radama. « Ce roi, dit M. Vinson, s'était imaginé que toutes les maladies et notamment les affections de peau avaient, telles que la variole, leur antidote particulier chacune dans un virus homœopathique. Il avait tenté, dans cette vue, une série d'expériences bizarres : il accumula dans un flacon un peu de tous les venins de l'humanité, et, pensant créer par ce moyen une panacée préservatrice de toutes les affections contagieuses, il en inocula d'abord plusieurs de ses ministres. Dieu sait ce qu'il en advint ! «(*Voyage à Madagascar*, par le docteur Auguste Vinson. Paris, 1862, pp. 240-421.)

Le Malgache n'avait point songé à chercher le microbe, à atténuer le virus par une culture méthodique et à prendre des lapins et des cochons d'Inde au lieu de ministres pour sujets de ses expériences. Il fallait un blanc, un bon blanc pour s'aviser de tout cela. MM. Navarre et Cattiaux eux-mêmes reconnaîtront que M. Pasteur a perfectionné quelque peu la méthode inaugurée par Radama II. (*Temps*, 18 avril.)

Nul d'entre nous n'espère assurément contempler les traits de cet excellent Radama II dans le futur vestibule de l'Institut Pasteur. Et cependant ce sauvage n'était pas plus sot qu'un autre. Ses opinions médicales sont assurément supérieures à celles de nombre de nos confrères... allopathes, cela va sans dire, chers lecteurs du *Bulletin*. Mais comme ce monarque savait apprécier à leur valeur les ministres et les fonctionnaires ! Il avait sur ces gaillards cette idée très-simple qu'ils devaient être utiles à quelque chose et de là cette autre idée que j'espère bien un jour voir passer dans la pratique, qu'il fallait les vivisecter et les transformer en batraciens et cobayes du salut public. O Radama deuxième du nom, pourquoi donc as-tu quitté cette vallée de larmes ? Avec quelle joie je t'aurais expédié notre directeur des affaires départementales et communales au ministère de l'Intérieur, ainsi que nos inspecteurs des services administratifs et autres empêcheurs de danser en rond dont les titres sont aussi ridicules que leurs besognes sont nulles. A. C.

NOUVELLES

— M. le Docteur René Serrand nous prie d'annoncer son prochain départ pour les Eaux de Luchon (Haute-Garonne). Son adresse pour la saison actuelle est : 61, Allées d'Etigny (Maison Lafosse).

— Nous avons la douleur d'apprendre le décès du Docteur Casal, ancien médecin principal de la marine, officier de la Légion d'Honneur, membre associé de notre Société. Notre confrère, qui n'avait que 67 ans, est mort à Toulon, où il s'était retiré depuis deux ans, après avoir pratiqué avec succès l'homœopathie à Menton. Nous prions sa famille d'agréer l'expression de notre sympathique condoléance et nous espérons qu'un de nos confrères du Midi voudra bien nous envoyer quelques renseignements biographiques sur cet excellent homme, dont la modestie égalait le dévouement.

A. C.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 1er mars 1886.

Présidence de M. FRÉDAULT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la clinique du Dr Frédault.

M. JOUSSET. — Je voudrais ce soir compléter ce que j'ai déjà dit sur l'hystéro-épilepsie ; c'est une question obscure. Si vous consultez Briquet, vous voyez qu'il y en a deux espèces : dans une première variété, les deux maladies coexistent isolées chez le même malade, qui présentera tantôt des attaques d'épilepsie, tantôt des attaques d'hystérie, ayant chacune leurs caractères particuliers ; il y en a des observations incontestables. Dans une deuxième série que j'appellerai *hystérie épileptiforme*, l'attaque présente des caractères qui tiennent aux deux névroses, mais c'est de l'hystérie véritable ; enfin le professeur Charcot, qui a une grande autorité, méritée à plusieurs titres, décrit sous le nom d'hystéro-épilepsie, une troisième variété, dont les attaques convulsives sont subites, et rappellent au début

l'épilepsie ; dans la 2e période de ces attaques, les malades sont prises de mouvements acrobatiques, se tiennent sur la tête et les pieds, le corps formant un arc de cercle ; ce ne sont plus là des convulsions, mais des mouvements coordonnés ; dans une 3e période surviennent la catalepsie ; les hallucinations; les extases ; les malades ressemblent à des magnétisées ; elles peuvent recevoir des impulsions morales. Je désignerai ces malades sous le nom d'*hystériques somnambuliques* ; ce n'est pas à proprement parler de l'hystéro-épilepsie ; ce sont des symptômes de somnambulisme survenant chez des hystériques et combinés avec des convulsions hystériques.

Le somnambulisme pathologique, qui se lie avec l'hystérie, peut exister seul et constitue une maladie distincte ; il est caractérisé alors par un sommeil, puis par de grands mouvements, par des paroles ; en somme par la production spontanée des phénomènes que l'on observe dans le magnétisme. Les malades de Charcot, hystériques, présentent ces symptômes somnambuliques à un haut degré, parce qu'elles se trouvent dans la même salle, qu'elles s'excitent mutuellement et qu'elles s'imitent ; il y a chez elles quelque chose d'artificiel.

Le somnambulisme pathologique peut se présenter à un très léger degré ; tout le monde a connu des enfants qui se levaient la nuit et se promenaient ; d'autres travaillent, chantent ; eh bien ! ce ne sont pas là des hystériques. J'ajouterai que la catalepsie, qui est un symptôme dépendant du somnambulisme, se rencontre plus souvent chez l'homme que

chez la femme, tandis que c'est le contraire pour l'hystérie. Il y a des femmes somnambules, qui ne présentent aucun des caractères de l'hystérie, qui n'ont, en dehors de leurs attaques somnambuliques, ni hyperesthésies, ni analgésies ; qui n'ont pas le point ovarique.

Je considère comme démontré qu'il existe une névrose essentielle, le *somnambulisme pathologique*, qui, lorsqu'elle se rencontrera chez des hystériques, produira des symptômes analogues à ceux décrits par Charcot sous le nom d'hystéro-épilepsie.

Quant à la 2e variété d'hystéro-épilepsie, dont j'ai dit un mot en commençant et à laquelle je propose de donner le nom d'hystérie épileptiforme, c'est de l'hystérie véritable, et non de l'épilepsie ; le pronostic est celui de l'hystérie et non celui de l'épilepsie. Entre cette variété de l'hystérie convulsive, et l'hystérie convulsive ordinaire à convulsions cloniques, il y a des degrés ; il vient d'abord s'ajouter quelques convulsions toniques, puis celles-ci deviennent prédominantes et on se trouve en présence de la variété qui nous occupe.

L'accès consiste en chute, cri, perte de connaissance, secousses tétaniques, écume, quelquefois évacuations involontaires. Comment le distinguerons-nous de l'accès d'épilepsie vulgaire ? D'abord, les accidents sont plus lents que dans l'épilepsie, où la chute et les spasmes ne durent que quelques secondes ; ils durent un quart d'heure ou vingt minutes dans l'hystérie ; ensuite, au lieu du cri rauque, sourd de l'épileptique, il y a un cri aigu, strident,

qui se répète plusieurs fois ; en outre, à la suite de ces attaques, il n'y a pas de coma comme dans l'épilepsie vraie ; il n'y a pas de petit mal entre les attaques ; il n'y pas de déchéance de l'intelligence ; il n'y a pas de démence. Il y a en outre chez les hystériques tous les autres signes de cette maladie, des stigmates, comme l'on dit aujourd'hui ; l'analgésie, les zones hystérogènes, dont la principale est la région ovarique. Le diagnostic de l'accès ne sera peut-être pas toujours facile : il peut se présenter des cas où il n'existera que des nuances et où on pourra se tromper.

En somme, je voulais dire que sous ce nom d'hystéro-épilepsie, on comprend trois cas :

1° La coexistence à l'état d'attaques isolées de l'hystérie et de l'épilepsie.

2° Les attaques décrites par Charcot et qui pour moi dépendent d'un *hystéro-somnambulisme* ;

3° Les attaques *épileptiformes* chez des hystériques, qui ne sont pas épileptiques.

M. Frédault. — Je veux aussi dire un mot sur la question ; l'opinion de mon ami Jousset se rapproche de celle que j'ai émise ; c'est qu'il y a des hystériques dont les convulsions ont des apparences d'épilepsie ; ce sont des hystériques ayant des convulsions épileptiformes, nous sommes absolument d'accord sur ce point. Je disais dans la dernière séance, qu'il peut y avoir entre les individualités différentes des caractères qui se rapprochent et que le type disparaît, que l'on ne peut alors préciser l'espèce à laquelle appartient l'individualité ; il peut en

être ainsi pour les maladies. Cependant dans cette variété d'hystérie, je crois bien qu'il s'agit d'hystérie dont les convulsions sont plus ou moins tétaniques et se rapprochent plus ou moins de celles de l'épilepsie ; mais qu'il n'y a pas d'hybridité entre les deux maladies; c'est contre cette hybridité, que nous nous élevions ; M. Jousset disait que tous ces faits se passaient chez des femmes ; celles-ci peuvent bien dans leurs attaques d'hystérie simuler l'épilepsie; elles ne présenteront pas *d'aura*, pas de taches ecchymotiques à la peau, pas de mort par hémorrhagie méningée.

M. Jousset nous parle d'après Briquet de faits ayant présenté les deux maladies simultanément et se montrant chacune à leur tour : il n'y a aucune loi pathologique qui puisse les empêcher de coexister ; ce sont deux maladies à manifestations distinctes ; lorsque l'une des deux maladies ne se montre pas elle est à l'état virtuel : elle est en acte, lorsqu'elle apparaît avec tous ses caractères. Il y a des maladies qui peuvent exister pendant longtemps à l'état virtuel, la syphilis, par exemple, qui peut paraître sommeiller pendant longtemps, puis qui vient tout d'un coup produire de nouvelles manifestations.

M. Jousset admet une 3e forme, l'hystéro-somnambulisme ; ce n'est plus de l'hystéro-épilepsie, c'est un somnambulisme pathologique établi comme espèce distincte ; cela ne me paraît pas nettement défini ; je ne vois pas la distance qui sépare le somnambulisme pathologique du somnambulisme provoqué. J'ai vu quelques somnambules naturels et beaucoup

de somnambules artificiels ; il n'y a rien de changé dans leur santé générale ; c'est un état nouveau chez eux, mais ce n'est pas une maladie ; le patient n'est pas malade, il a des indispositions ; il n'a pas de manifestations maladives.

Je ne vois pas là de caractères pathologiques, à moins que des phénomènes secondaires ne viennent s'ajouter à cet état. La léthargie, qui vient quelquefois le compliquer, est un phénomène grave, qui peut être très long et pendant lequel les forces diminuent, la vitalité décroît, la santé peut péricliter ; presque toutes les observations, où le sommeil a duré plusieurs mois se sont terminées par la mort.

Le somnambulisme proprement dit ne me paraît pas constituer une maladie. Il peut produire des phénomènes très curieux ; je me souviens de l'histoire d'un séminariste, qui se relevait la nuit pour écrire ses sermons les yeux fermés ; il écrivait aussi bien lorsqu'on interposait entre son papier et ses yeux un carton ; si on lui enlevait la page sur laquelle il écrivait, il continuait sur la page suivante sans s'interrompre. Ce n'est pas là un état maladif ; on a appelé cet état du surnaturel naturel, j'accepterais assez cette manière de voir ; j'y joindrais aussi la seconde vue, les sensations particulières des individus qui découvrent les sources, les mines de charbon et d'or ; il y a là toute une classe de faits que l'on peut réunir dans le surnaturel naturel. J'y placerais aussi le somnambulisme naturel, le somnambulisme pathologique et la léthargie.

M. Rochet. — Il y a dix ans, j'ai vu un cas cu-

rieux que Legrand du Saule avait appelé de l'hystérie chez l'homme. C'était un jeune homme très fort, qui, pendant trois semaines ou un mois, présenta des convulsions très violentes, qui fut ensuite endormi pendant trois jours et qui a guéri.

M. Jousset. — C'était probablement un somnambule ; en effet le somnambulisme pathologique se présente plus souvent chez l'homme que chez la femme, et les malades qui en sont atteints guérissent habituellement, tandis que les hystériques ne guérissent pas.

Le somnambulisme pathologique est une névrose caractérisée par un sommeil morbide, pendant lequel le malade parle, agit, tombe en extase, en catalepsie ou en convulsions comme dans le somnambulisme magnétique. Cette maladie procède par accès et le malade ne se rappelle au réveil rien de ce qui s'est passé pendant ses accès.

Il y a en ce moment à Saint-Jacques une jeune fille somnambule, qui ne présente aucun symptôme d'hystérie ; ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni point ovarique ; elle présente parfois des crises pendant lesquelles elle simule le chien, aboie, veut mordre ; d'autres fois, elle fait des armes, elle rame; elle peut recevoir des suggestions ; ainsi lorsqu'elle ne veut pas manger, l'interne l'endort et pendant son sommeil, il la fait manger.

M. Piedvache. — Je veux tout d'abord remercier M. Frédault de ses cliniques, dont j'ai du reste été auditeur. Je veux compléter deux des observations en

vous faisant le récit de l'autopsie, qui a eu lieu pendant mon trimestre.

Dans sa leçon sur les maladies de l'estomac, M. Frédault a rapporté l'histoire d'un nommé Gourlet, cuisinier ; l'autopsie a été très curieuse ; ce malade avait succombé à une syncope deux heures après un vomissement de sang noir ; nous trouvâmes l'estomac rempli de ce marc de café, et cherchâmes en vain une lésion au niveau de la muqueuse qui était saine et ne présentait ni ulcération, ni cancer ; le pylore était sain à l'intérieur, mais il était rétréci par la compression d'un cancer siégeant dans l'épiploon gastro-hépatique, sans léser le foie. Les veines gastriques étaient englobées dans la tumeur et c'est ce qui nous explique ces vomissements de sang digéré, répétés et étant survenus sans ulcération de la muqueuse stomacale. Il y avait de la dilatation de l'estomac comme s'il y avait eu cancer du pylore.

M. Frédault a parlé dans une de ses cliniques, d'une vieille femme qui était couchée au n° 9 de la salle des femmes. Elle avait eu une pleurésie, qui touchait à la fin, lorsque M. Frédault prit le service. Il existait à sa suite un retrait considérable de ce côté ; il persistait de la matité, mais les vibrations thoraciques étaient revenues avec des signes de dilatations bronchiques ; M. Tessier et moi avions pensé à de la sclérose pulmonaire. La malade est morte cachectique. A l'autopsie, nous avons bien trouvé une sclérose pleurogène avec cloisons fibreuses gagnant le centre du poumon ; mais, au centre de celui-ci, il y avait une tumeur cancéreuse ; or cette

malade n'avait pas présenté d'hémoptysie, ce qui est un symptôme du cancer du poumon. Il faut dire qu'elle avait une atrésie des vaisseaux. Nous avons trouvé en outre l'adhérence du péricarde au cœur et à la plèvre ; des noyaux cancéreux du péricarde. Les deux autopsies seront du reste rapportées tout au long dans le compte rendu de mon trimestre.

La discussion est close. On met à l'ordre du jour de la prochaine séance la clinique de M. Marc Jousset.

La séance est levée.

Séance du 15 *mars* 1886.

Présidence de M. Frédault.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Le Dr Rumler, de Londres, est nommé membre associé étranger.

L'ordre du jour appelle la discussion de la clinique de M. Marc Jousset.

M. Jousset. — A propos des observations de diphthéries qui ont été traitées par les médicaments habituels : *cyanure de mercure, brome, hepar sulfuris, spongia*, et qui ont toutes nécessité la trachéotomie, je voudrais dire quelques mots sur l'emploi du brome. Je crois qu'il est préférable de ne pas faire usage de ce médicament, parce que sa préparation est difficile à manier ; si on la prépare dans l'eau, il s'évapore peu à peu et au bout de quelque temps il n'y a plus rien dans la potion ; si on le prépare dans l'alcool, ce n'est pas à proprement parler du brome,

c'est de l'éther bromhydrique ; je sais bien que si l'on peut faire préparer l'eau bromée au moment de l'employer, le médicament pourra être donné, mais son emploi est difficile dans la pratique. J'ajouterai que les travaux démontrent qu'il a une action pathogénétique sur le larynx, mais que cliniquement les guérisons produites par ce médicament sont rares.

Je propose de remplacer le *brome* dans la pratique par *spongia tosta*, médicament plus fidèle et plus stable, entré depuis longtemps dans la pratique et qui contient des *iodures*, des *bromures*, des *chlorures*. Il doit être seulement torréfié et rendu ainsi friable pour en faire des triturations. Bien préparé, c'est un médicament inaltérable, et après l'avoir employé en comparaison avec le brome, il me paraît avoir une action plus certaine et plus efficace. Il y a trois ou quatre ans, j'ai eu à soigner un des petits enfants de mon ami Milcent pour une diphthérie qui commençait à présenter des symptômes laryngés ; après l'insuccès du *cyanure de mercure* et du *brome*, je donnai *spongia tosta* à la première trituration décimale ; l'action fut évidente et l'enfant guérit. Depuis j'ai observé le même fait plusieurs fois, l'année dernière encore chez un enfant, auprès duquel je fus appelé en consultation et chez lequel la trachéotomie était imminente malgré l'usage antérieur de cyanure et de brome, spongia a encore amené la guérison ; cette année, je n'ai encore soigné qu'une seule diphthérie, de forme putride, très grave, où le larynx commençait à se prendre ; spongia a, en douze heures, arrêté l'envahissement du croup.

Je vous engage donc à remplacer dans la pratique le *brome* par *spongia*, qui me paraît être plus stable, avoir une action plus sûre et plus rapide.

M. James Love. — Je suis resté en relations très cordiales avec un confrère allopathe établi dans une grande ville de province. A un de mes derniers voyages dans cette ville, il me disait qu'il était désolé, parce qu'il ne connaissait pas de traitement véritablement efficace de la diphthérie. Je l'ai engagé à essayer nos médicaments et je lui ai envoyé *cyanure de mercure*, *bryonia* et d'autres avec les indications de leur emploi. Il m'a écrit depuis qu'il les avait employés avec un succès relatif.

M. Frédault. — Je ferai quelques remarques à propos des observations de diphthérie ; dans la 1re, je n'ai pas vu pourquoi l'enfant était mort ; l'observation n'a pas noté l'état des ganglions : lorsqu'ils deviennent énormes, c'est un mauvais signe ; si le pouls est très fréquent aussi ; M. Marc Jousset a donné la température de ses malades, il n'a pas parlé du pouls. Lorsque l'enfant a été trachéotomisé, il était depuis longtemps déjà dans la période asphyxique ; il y a à considérer que lorsque l'état devient grave, l'asphyxie habituelle qui existe peut rendre l'opération presque inutile.

J'ai remarqué aussi que chez les enfants qui guérissent après la trachéotomie, on s'est peu occupé du traitement, comme si l'opération était le traitement important. Est-ce que l'ouverture de la trachée amène la guérison ? Est-ce que les médicaments pris avant l'opération agissent encore après ? Je crois

qu'à cet égard nous sommes dans l'enthousiasme de l'opération. L'action des médicaments prolongés avec un peu de soin après l'opération pourrait chez beaucoup amener la résolution des symptômes.

Après l'opération, lorsqu'il subsiste des suffocations, on ne voit toujours pas des fausses membranes ; il pourrait y avoir quelque chose du côté de la base du crâne ou de la moelle allongée ; l'albuminurie pourrait y entrer aussi pour quelque chose. Il faudrait porter notre attention de ce côté-là et ne pas voir seulement les fausses membranes. Dans cet ordre d'idées, je crois que *spongia tosta* répond à une excitation de la moelle allongée. Le *brome* présente une action analogue et j'ai signalé, dans une précédente discussion, qu'il produisait chez les enfants de la somnolence, de la mauvaise humeur et des mouvements spasmodiques dans les membres. Je croirais assez à son action sur la moelle allongée et c'est pour cela qu'il ferait du bien. D'autres médicaments ont une action analogue, et Tessier avait employé avec succès le *sulfate de quinine* dans la diphthérie; ce médicament réussit du reste bien aussi pour calmer les quintes de coqueluche et je m'en suis bien trouvé à la 1re décimale.

Nous réussirions peut-être mieux dans la diphthérie en employant les médicaments qui ont cette action à la place de ceux qui produisent les fausses membranes.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée.

CLINIQUE MÉDICALE

DELIRIUM TREMENS.

Observation I.

M. C....., âgé de 42 ans, est un alcoolique invétéré. Dès sa jeunesse, il s'est adonné à la boisson, usant plutôt du vin que des liqueurs. Etabli marchand de vins depuis 10 ans environ, il a fait dès lors (et sa profession n'était pas de nature à le faire renoncer à son penchant), il a fait, dis-je, une consommation effrenée d'apéritifs tels que vermouth, bitter, etc. Il avoue avoir bu quelquefois 80 petits verres dans sa journée. Jusqu'à cette année, ces excès n'avaient pas trop altéré la santé de M. C..., mais ils devaient fatalement, avec le temps, déterminer de graves désordres en son organisme.

Depuis six mois cependant, le malade constatait de l'inappétence ; la digestion s'effectuait avec peine ; la langue était recouverte d'un enduit saburral, la bouche était amère et pâteuse ; il survenait, le matin surtout, des vomissements bilieux, la peau et les conjonctives présentaient une teinte subictérique et l'anorexie venait compléter le tableau de l'embarras gastrique et apporter son appoint à la faiblesse et à l'irritation du malade.

A ces troubles des fonctions digestives, s'ajoutèrent des troubles de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence. Le malade est pris de malaise, d'inquiétude ; il est triste, morose, abattu, obsédé par des craintes vagues ; le sommeil lui-même ne met pas un terme à ce malaise et à cette inquiétude, il les aggrave plutôt, et le malade livré à lui-même, dans le silence et l'obscurité de la nuit, sent redoubler ses appréhensions. Puis, sa mémoire s'affaiblit, et il remarque des oublis singuliers qui l'étonnent. Il agit sans savoir ce qu'il fait : son caractère change ; il devient irascible, difficile, impatient. Malgré tout, il continue ses excès.

Dans son entourage, on ne s'en inquiétait pas trop, attribuant cet état à une somme de travail exagérée.

Cependant, la scène change. Jusque-là le malade était conscient de son état et se trouvait en pleine possession de lui même, mais le délire éclate et il est pris soudain, la nuit, d'un accès effroyable.

On me fait prévenir. Je trouve le malade dans une agitation extrême. Trois hommes ont peine à le contenir : il pousse des cris, appelle ses garçons, leur enjoignant de servir aux clients les consommations qu'ils réclament ; il veut descendre à la cave ; il croit recevoir de l'argent, fait ses comptes, rend la monnaie, etc., etc. A certains moments, l'agitation diminue, mais ce calme est de courte durée, et la période d'excitation signalée plus haut s'accentue encore davantage.

Connaissant les antécédents du malade, je n'ai

pas de peine à diagnostiquer un accès de *delirium tremens*.

Comme premier médicament, je prescris *belladone* (T. M.) 10 gouttes dans 250 gr. d'eau distillée, une cuillerée toutes les fois qu'il serait possible de l'administrer, mission fort difficile, il faut l'avouer. Je conseille de ne pas quitter M. C. un seul instant.

Le lendemain 24 octobe, je repasse à la première heure, et je trouve le malade exactement dans le même état ; aucun des symptômes ne s'était amendé, toujours la même agitation et les mêmes troubles sensoriels et psychiques. Je ne fus point surpris, les accès de *delirium* surtout chez les alcooliques invétérés ne cédant pas aussi rapidement devant quelque médication que ce soit.

Je prescrivis alors *thebaïcum* (3e trituration) 0,25 cent. dans 250 gr. d'eau, à raison d'une cuillerée toutes les heures.

Le soir, même état.

Dans la nuit, l'agitation étant extrême, et les gardes ne pouvant se rendre maîtres du malade, je fis, à une heure d'intervalle deux injections de 1 cent. de chlorhydrate de morphine. Je retirai en somme peu d'avantage de cette médication, car le sommeil fut nul et l'agitation ne diminua que fort peu. Puis je remplaçai *thebaïcum* par *stannum* (3e trit.).

Le lendemain, 25 octobre, même état. C'est alors que j'eus recours au *cannabis indica*, 3e dil. 1 goutte par cuillerée.

Le malade en avait à peine pris 3 ou 4 fois qu'il

tomba dans un profond sommeil qui se prolonga durant 15 heures.

A son réveil, il avait repris son calme habituel. Il nous raconta qu'il avait eu les rêves les plus délicieux qu'il soit possible d'éprouver, et qu'il désirait qu'on lui procurât encore pareilles sensations.

La convalescence fut un peu longue. Cependant, dans les premiers jours, nous eûmes une légère rechute : un des employés de la maison ayant été assez faible pour donner au malade, en cachette, un verre de vermouth. Il n'en fallut pas davantage pour faire réapparaître les accidents primitifs. Mais non seulement leur intensité fut moins grande, mais ils ne durèrent que quelques heures. J'eus de nouveau recours au *cannabis indica* et tout rentra dans l'ordre.

La guérison, on peut le dire, a été complète. On peut l'affirmer, je crois, car depuis 5 mois aucun accident n'est survenu. Il est bon d'ajouter que le malade a renoncé à ses déplorables habitudes, et qu'il a tenu parole.

Je ferai observer, en terminant, que l'*opium* soit en potion, soit en injection, n'a pas donné de résultats satisfaisants, et que c'est au *cannabis indica* qu'il faut attribuer la cure que j'ai obtenue.

J'avais achevé cette observation lorsque feuilletant, avec intention, les volumes de l'*Art médical*, je trouvai dans le volume LII, année 1881, un très remarquable article de notre savant maître et ami le Dr P. Jousset sur les *cannabis* et en particulier le *cannabis indica*.

J'ai été heureux dans l'application du médicament de me trouver en parfait accord avec les principes de notre école. Je n'ai pas donné le hachich à dose forte, comme le veut le Dr Villard d'après sa remarquable observation citée dans cet article, afin de guérir le malade atteint de delirium tremens par une action hypnotique, mais bien à faible dose, pour obéir à la grande loi de similitude. C'est à faible dose que *le cannabis* a été pris et c'est par ce médicament seul et ainsi administré que M. C. a guéri.

ALBUMINURIE A FRIGORE.

Obs. II.

Le jeune X.., âgé de 7 ans, d'une bonne santé avant la maladie que je vais décrire, fut pris soudainement de douleurs de reins très violentes. Les parents attribuèrent ces douleurs à une imprudence de leur fils qui, au mois de février, fit un trajet d'omnibus, sur l'impériale, avec une température très froide.

Bientôt, le pourtour des malléoles fut gonflé : le matin les paupières étaient un peu bouffies. Enfin l'enflure se prononçant d'avantage, remonta jusqu'aux genoux puis au delà, et ne disparut plus. Le scrotum se gonfla ainsi que le tissu cellulaire abdominal ; l'anasarque gagna les membres supérieurs et se généralisa ; j'oubliais de signaler, avant ces symptômes, des troubles variés des fonctions digestives, tels que dyspepsie, nausées, etc. . . ., puis de la céphalalgie accompagnée d'étourdissements.

De tous ces phénomènes, je n'en fus pas témoin, et l'exposition que j'en fais n'est que le résultat de l'interrogation adressée aux parents.

Dès qu'on me fit demander, après avoir recueilli les renseignements ci-dessus relatés, j'examinai sommairement les urines qui me parurent contenir une quantité assez considérable d'albumine. L'oppression est excessive surtout la nuit. Toux intense. Je prescris alors *ipéca* et *arsenic* pendant 2 ou 3 jours, à la 6e.

Les urines du matin contiennent beaucoup plus d'albumine que celle du jour. L'albumine ne fut pas dosée, mais elle était très abondante.

Quatre ou cinq jours après ma première visite, je remarquai des symptômes d'étouffement encore plus violents qu'au début. La respiration bruyante, précipitée, suffocante, le visage rouge et pâle, la peau brûlante, l'anxiété extrême du jeune malade qui éprouve une douleur vive au larynx, et qui semble vouloir arracher avec sa main l'obstacle qui l'empêche de respirer, me font craindre la diphthérie. Je fis alors appeler mon excellent confrère le Dr P. Jousset.

L'examen auquel nous nous livrâmes ne nous fit constater que des râles sibilants dans toute la poitrine.

Rien du croup. J'avais attendu l'avis de mon confrère pour prescrire un vomitif. Il fut le premier à me conseiller ce moyen si les crises de suffocation précitées se renouvelaient.

Je donnai cependant *ipeca* à dose homœopathique (2e trituration, 15 cent. dans 200 gr. d'eau). Les phé-

nomènes d'oppression disparurent presque entièrement, mais l'examen des urines ne signala aucune modification dans la quantité de l'albumine. *Arsenic* étant le médicament employé dans pareil cas, et ne m'ayant donné aucun résultat, j'eus recours à la *fuchsine* (2e trit.) 15 cent. dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les 2 heures, qui amena, mais lentement, je dois le dire, la guérison.

Après les médications proprement dites, l'hygiène fournissant de précieuses ressources dans le traitement des albuminuriques, je demandai que l'alimentation fût uniquement composée de viandes faites, noires et blanches, de légumes, de fruits, à l'exception de toute substance albumineuse. L'exercice musculaire et en plein air fut aussi recommandé, dans la mesure du possible et avec toute les précautions désirables.

La maladie a duré un mois : la grande crise 15 jours.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Obs. III.

Madame J... est âgée de 20 ans. Tempérament lymphatico-bilieux. Malgré une coxalgie contractée à l'âge de 5 ans et dont elle aurait guéri si, à l'issue du traitement, elle n'avait fait une chute malheureuse qui, annihilant les résultats de la cure, l'obligea à 18 mois d'immobilisation, malgré cette coxalgie, dis-je, elle jouit d'une parfaite santé, d'un

excellent appétit, est gaie, etc., etc. Mariée depuis 15 mois, elle accouche le 8 août 1885, après une grossesse particulièrement heureuse. Je n'étais pas sans appréhension, ayant souvent éprouvé de grandes difficultés chez des primipares atteintes de la même affection. Cependant, mes craintes n'étaient que légères (j'étais absent alors), car ma cliente se trouvait entre les mains d'un excellent praticien, notre savant confrère, M. le Dr Bailly. Une hémorrhagie assez considérable étant survenue, M. Bailly crut devoir hâter l'accouchement en pratiquant de légères incisions à la vulve. Tout se passa très bien et très vite, et notre confrère fut bientôt maître de l'hémorrhagie précitée. Cependant la malade se trouvait singulièrement affaiblie et l'allaitement fut jugé impossible et même nuisible. On confia donc l'enfant à une nourrice qu'on fit venir à domicile. Enfin, trois semaines après, environ vers le 1er septembre, la jeune mère fut autorisée à se lever et à rester quelques heures de la journée sur une chaise longue.

C'était, comme je l'ai dit, en septembre, la température était relativement douce; la malade s'était placée près d'une fenêtre. Le lendemain elle se plaint d'une douleur assez vague au mollet, douleur qu'elle attribue à du froid ressenti la veille. J'examinai le membre et y remarquai un peu d'œdème : certains endroits sont très douloureux à la palpation. Les réseaux bleuâtres qui se dessinent sous la peau indiquent que la circulation, gênée dans les veines profondes oblitérées, tend à se rétablir par les veines superficielles.

Vu le siège de la douleur, je n'hésite pas sur le diagnostic ; je suis en présence d'une *Phlegmatia alba dolens*, au début. Alors, je demandai une consultation avec le Dr Bailly, dont l'avis fut conforme au mien. Nous prescrivons d'abord la médication ordinaire au début de cette affection, compression, chaleur, frictions, etc., etc.

Huit jours se passèrent sans amener de changement ; mon confrère et moi voyons la malade de temps en temps. Cependant, le 11 septembre, M. Bailly me demande un rendez-vous. La *phlegmatia* avait fait presque subitement des progrès effrayants.

Tout le membre inférieur est le siège d'un œdème considérable ; la malade perd l'appétit ; la fièvre ne la quitte pas ; elle est triste, abattue. Nous sommes loin d'être rassurés, et redoutons de nous trouver en présence d'une phlébite suppurée.

Nous délibérons et mon confrère se rallie au traitement que je lui indique en m'avouant, en toute franchise, que l'arsenal allopathique était absolument démuni dans le cas présent. En cela il était parfaitement d'accord avec les auteurs de toutes les pathologies classiques. Aucun ne signale de traitement. J'ai voulu consulter la thèse d'agrégation de *Troisier*, et ce dernier, quoique ayant fait un remarquable travail sur cette question, n'en dit pas plus pour le traitement que le chirurgien anglais Churchill qui conseille les saignées, les sangsues, les vésicatoires, etc., etc. Tous ces moyens, en somme, trouvent place partout et n'ont rien de spécial pour l'affection qui nous occupe.

C'est donc dans les médicaments homœopathiques que je vins puiser. Je prescris d'abord *belladona* (T. M.) 8 gouttes dans 250 gr. d'eau à donner de deux heures en deux heures, et cela durant 3 jours.

Ayant constaté un peu de détente et l'œdème n'augmentant plus, je donnai *pulsatilla* (T. M.) et *sulfur* (6e dilution) alternés de 3 h. en 3 h. Ce traitement fut suivi pendant 15 jours. Me trouvant obligé de faire une absence de 12 jours environ, M. le Dr Bailly surveilla la malade, tout en continuant le traitement que j'avais institué.

Une amélioration notable et plus rapide même que je n'osais l'espérer se manifesta, et, à mon retour, je remplaçai les deux derniers médicaments par *arsenic* (3e trituration) comme tonique et reconstituant. Enfin ma malade, qu'on n'espérait pas voir quitter le lit avant fin décembre, sortit de sa chambre le 25 octobre, et reprit sa vie habituelle.

Je ne saurais terminer cette observation sans témoigner à M. le Dr Bailly toute la sympathie qu'il m'a inspirée dans les rapports de bonne confraternité que nous avons eus pendant la maladie que je viens de raconter. Je tiens à cela, car le manque de parti pris est bien rare chez nos adversaires.

Dans d'autres cas de phlébite que je pourrais signaler, *pulsatille* et *sulfur* m'ont toujours donné les résultats les plus satisfaisants.

PNEUMONIE AIGUE DOUBLE

suivie d'une pneumatose grave.

Obs. IV.

M. L..... est âgé de 32 ans. Il a les apparences d'une constitution robuste, mais en réalité sa santé est ébranlée par des veilles nombreuses et surtout par des excès de boissons non alcooliques, il est vrai, mais débilitantes lorsqu'on en abuse : je veux parler de la bière.

Quinze jours avant le début de la maladie (25 décembre 1885), il est fatigué, courbaturé : il a peine à se livrer à ses occupations quotidiennes : il tousse souvent dans la journée : enfin il est complètement arrêté et s'alite. Le 26 on me fait appeler. J'apprends que la veille M. L. . . . a été pris de frissons avec douleur subaiguë au côté gauche, cette douleur est exaspérée à l'expiration ; la toux ne fait que l'accroître. J'ausculte le malade et reconnais, sans peine, de gros râles crépitants au sommet gauche ; rien à droite. T. 39°6. Pouls 104. Je prescris *belladone.* (T. M.) 6 gouttes dans 250 gr. d'eau.

Je reviens le soir ; les symptômes sont les mêmes. T. 39°8. Pouls 112.

Le 27, la toux est moins sèche. L'expectoration est plus facile : les crachats sont rouillés et visqueux : ce sont les signes pathognomoniques de la pneumonie lobaire aiguë. Je donne *bryone* (T. M.) et *ipéca* (T. M.) alternés d'heure en heure.

Le 28, la température monte à 40°. Pouls 120.

La dyspnée s'est beaucoup accrue. Je continue le même traitement.

Le 29, même état. Cependant le malade a du délire. Les crachats deviennent rares. Tout en continuant le même traitement, je fais prendre *thebaicum* (6e) pendant la nuit.

Le 30, de très bonne heure, on vient me chercher. Le malade avait eu une syncope à 4 h. du matin, et on avait craint un dénouement précipité.

Vu la gravité de l'état, je demandai une consultation. Mon excellent confrère, le Dr Jousset, vint vers midi. Après un mûr examen du malade, il constata avec moi un état alarmant, et ne cacha pas à la famille tout ce que le pronostic avait de sombre.

A cause de la dyspnée excessive, il me conseilla de remplacer *ipéca* par *tartarus* (3e trit.), tout en continuant *bryone*, qui est le médicament de fond de la pneumonie, même de l'avis de nos adversaires, car M. le professeur Bouchut reconnait dans ses livres de grandes qualités à la *bryone* pour l'affection en question.

La nuit du 30 au 31, malgré notre appréhension, se passa bien, et dans la journée du 31, tout le cortège des symptômes graves commença à s'amender. Le soir, le pouls ne donnait que 108. T. 39°8. Une détente heureuse s'était produite.

Pendant deux jours je ne visitai mon malade qu'une fois dans la journée ; l'amélioration allait son train, lorsque le 3 janvier on vint me chercher le soir, en toute hâte : l'état du malade était de nouveau devenu très alarmant.

A mon arrivée, je trouve M. L..... en proie à une dyspnée des plus intenses. J'ausculte le malade. Rien de changé à l'état du poumon gauche : mais le poumon droit, indemne jusque-là, me donne l'explication de cette rechute. Des râles crépitants et sous-crépitants fins se font entendre au sommet et en arrière : la respiration est moins forte qu'à gauche. En avant et au tiers supérieur, la matité est complète, les vibrations thoraciques sont accrues, la voix et la respiration sont renforcées au niveau du bloc fibrineux, bon conducteur du son ; la voix arrive à l'oreille éclatante,mais non articulée : c'est la bronchophonie, c'est le souffle tubaire.

Je ne décrirai pas la marche de cette seconde pneumonie : elle se comporta comme son aînée, et le traitement que j'instituai fut absolument identique. Je ne pris pas la température, quoique, d'après *Landrieux*, elle soit d'un bien précieux secours dans le diagnostic, étant donné que dans la pneumonie unilatérale la température axillaire du côté de la lésion soit de 4 à 6 dixièmes plus élevée que celle du côté opposé. Il est vrai que mon diagnostic était fait.

Cependant, bien que cette pneumonie suivît un cours régulier, et qu'elle présentât des symptômes moins alarmants que sa congénère, elle fut accompagnée d'un phenomène qui ne laissa pas que de me donner de réelles inquiétudes : je veux parler d'une tympanite dont le début remonte à l'apparition des premiers râles au sommet droit. La sonorité exagérée de la paroi abdominale, à la percussion,ne laissait pas de doute sur l'existence d'une pneumatose et me

permettait d'affirmer qu'il n'était nullement question d'une accumulation de sérosité dans le péritoine.

Ce météorisme exagéré produisait chez mon malade une vive anxiété ; la respiration était gênée ; des douleurs crampoïdes intéressaient l'abdomen et l'estomac. La pneumonie droite suivant un cours régulier, je m'occupai donc spécialement de la tympanite en question.

A *bryone*, je joignis *nux vomica*. Résultat nul. J'ordonnai *colocynthis*. Les douleurs abdominales parurent diminuer d'intensité, mais le ballonnement resta le même, et les selles ne purent être obtenues, malgré tous les moyens employés pour les provoquer.

L'état devenant inquiétant, je demandai une nouvelle consultation. Le Dr Jousset constata que la pneumonie était à sa période de résolution, et que l'intestin seul devait faire l'objet de nos préoccupations. *Lycopodium* (3e trit.), 20 cent. dans 200 gr. d'eau, fut prescrit. On suivit ce traitement pendant deux jours. Ce n'est que le troisième jour qu'une détente se manifesta. Mais à l'amélioration locale succéda un état grave que je qualifierai d'état typhoïde, car tous les symptômes de la fièvre de ce nom se déroulèrent : fièvre continue avec exaspérations vespérales, température oscillant entre 38°5 et 39°8, céphalalgie, anorexie, inappétence, langue exceptionnellement sèche et râpeuse, en un mot je me serais cru en présence d'un typhique au début du deuxième septenaire.

Pendant cette longue période, c'est *china* et *arsenic* (3e trit.) qui ont fait la base de la médication ; à l'âge

de 18 ans notre malade avait fait une fièvre typhoïde des plus graves.

A l'heure qu'il est, M. L...., complètement guéri, a repris ses occupations habituelles.

Dans son état de santé, il m'avait souvent consulté pour un inconvénient dont il voulait à tout prix se débarrasser, je veux parler d'un besoin d'aller à la garde-robe aussitôt son repas et même bien souvent pendant le repas. Je lui prescrivis *ignatia*, mais soit que M. L.... ne prît pas ce médicament régulièrement, soit plutôt qu'il continuât ses excès de boisson, nous n'obtînmes aucun résultat.

Mais je dois dire qu'à la suite de cette très grave maladie, de sérieuses résolutions ont été prises. L'avenir nous dira ce qu'elles valent.

Dr Rochet.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Organisation de l'assistance hospitalière libre et libérale.

Par le Dr CRETIN (1).

> Nées sous l'influence des idées chrétiennes, inspirées par cet esprit de charité qui était comme l'expression et la mise en œuvre de la foi nouvelle, les institutions d'assistance ont grandi à l'ombre de l'Église.
>
> ... L'assistance légale supprime la charité en la transformant en impôt.
>
> Dr BROCHIN.

Nous avons tenu à reproduire en entier l'épigraphe que le Docteur Cretin a placée en tête de son livre dont elle explique la tendance et caractérise l'esprit.

En quelques lignes de ce style sobre et clair auquel il nous a depuis longtemps habitués, notre cher maître débute en esquissant l'histoire du régime administratif de l'Assistance publique depuis 1789 jusqu'à nos jours. Signalant pour la condamner cette tendance de nos premières assemblées législatives à substituer la bienfaisance légale à la charité privée, il emprunte de nouveau au Docteur Brochin un passage qui résume avec autant d'autorité que de précision les notions élémentaires et fondamentales relatives au fonctionnement de l'Assistance publique :

(1) Garnier frères. Paris, 1886.

« L'Etat n'a ni l'obligation, ni l'initiative de l'assistance; les institutions d'assistance sont essentiellement *charitables*, le secours devant être et demeurer autant que possible local ; leur gestion, afin d'en assurer l'*autonomie*, l'*indépendance*, est séparée de la gestion des finances communales, et confiée à d'autres mains que celles des dépositaires des deniers publics ; l'État enfin, comme les autorités locales qui le représentent, loin de prétendre monopoliser la bienfaisance, en laisse au contraire toute l'initiative ainsi que tout le mérite à chacun de ceux qui veulent bien y contribuer, se réservant seulement la surveillance et le contrôle dans l'intérêt d'une juste économie et d'une équitable répartition ». (BROCHIN, *article* Assistance ; — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris 1867.)

Puis le Docteur Cretin nous fait voir comment est compromis depuis quelques années le fonctionnement de cette admirable administration de l'Assistance publique, que MM. Thiers et Dufaure avaient organisée :

« Animé des meilleures intentions, il faut le croire, le Conseil municipal ne tient plus compte de la séparation des attributions et des pouvoirs. Il empiète sur les attributions de l'administration en lui imposant les mesures qu'il croit utiles. Voulant assurer la *neutralité religieuse*, il supprime les aumôniers et il exige le remplacement des religieuses par des infirmières laïques. Il oublie qu'au directeur seul appartient le soin de faire respecter la liberté des consciences par les aumôniers et par les religieuses. Par-

mi les directeurs qui se sont succédé depuis trente-cinq ans, du premier au dernier, aucun n'a failli à ce devoir.

« Quoi qu'il en soit, la situation est grave, le conflit presque à l'état aigu. Le gouvernement semble s'en désintéresser ; la loi de 1849 paraît ignorée et l'Assistance publique deviendra, cela est probable, exclusivement municipale.

« Quelles seront les conséquences de cette transformation ?

« Elles seront fécondes, j'ose l'espérer, si la liberté subsiste. La plus importante sera le développement de l'assistance hospitalière libre et libérale, objet de cet écrit. Déjà quelques essais ont été tentés ; je donne comme exemple l'un des plus modestes ; il suffira pour montrer que ces essais doivent être encouragés, soutenus, continués par l'opulence éclairée secondant le zèle des gens de bien et la bienfaisance collective. »

Ces tendances autoritaires du Conseil municipal inquiètent le Docteur Cretin qui nous montre les riches attachés à leurs croyances rompant leurs relations avec l'Assistance publique et la question de conscience se superposant à la question financière et à la question humanitaire.

Dans un chapitre bourré de chiffres et dans lequel l'esprit suit facilement néanmoins les déductions de l'auteur, le déficit oppose l'abaissement progressif de ses recettes à l'augmentation des dépenses. L'impuissance matérielle où se trouve l'Assistance publique de faire face aux impérieuses exigences créées par cette situation nous conduit à l'étude sommaire

de quelques fondations charitables indépendantes. Nous ne mentionnerons pas ici toutes celles que le Docteur Cretin a passées en revue et nous nous contenterons de lui emprunter l'histoire de l'une d'elles, qui est particulièrement chère aux amis de l'homœopathie. A cette notice sur l'Hôpital Saint-Jacques nous avons joint, pensant que nos lecteurs y trouveraient autant de plaisir que nous y en avons trouvé nous-même, les conclusions par lesquelles le Docteur Cretin démontre à la bienfaisance privée qu'elle peut, sans subordonner ses libéralités aux exigences du Conseil municipal, venir puissamment en aide à l'Assistance publique et, par conséquent, aux finances de la Ville de Paris.

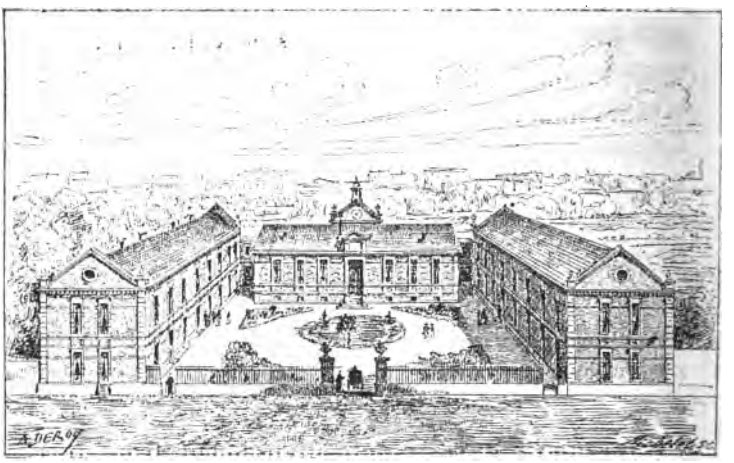
A. C.

L'HOPITAL SAINT-JACQUES

1. Le mouvement. — Malheureusement il est très peu de personnes ou de familles, en France, qui puissent suivre, même de loin, ces grands exemples. Mais, ce qu'elles ne peuvent faire isolément, elles peuvent le faire en donnant largement leur concours aux œuvres du même genre entreprises par des associations charitables.

Ne m'occupant que de l'assistance hospitalière, je ne m'arrêterai pas sur toutes les institutions suppléant à l'Assistance publique, sans être régies par

elle ; ainsi : *l'Œuvre des fourneaux* de la Société philanthropique ; *l'Œuvre de la miséricorde* pour secourir les pauvres honteux; *l'Œuvre des faubourgs ;* la *Société de Saint-Vincent de Paule*, l'*hospitalité de nuit*, etc., etc. L'hôpital Saint-Jacques et l'hôpital Hahnemann ouverts,il y a quinze ans, à la pratique et à l'enseignement de la doctrine homœopathique, sont les deux premiers hôpitaux libres, dus à l'initiative privée et aux charités individuelles associées dans le



Vue générale de l'hôpital.

même but. Depuis, la laïcisation, imposée à l'Assistance publique, a suscité la fondation de trois hôpitaux par les mêmes moyens que les deux précédents et aux mêmes conditions : pour les soins aux malades, maintien des sœurs hospitalières dévouées ; pour les pratiques et les consolations religieuses, libre accès des ministres du culte.

Les souscriptions particulières pour l'Université catholique ont suffi à la construction de l'hôpital Saint-Joseph, destiné à l'enseignement. Cet hôpital a été inauguré en 1884.

Le vénérable curé de la paroisse de Montrouge a installé et il entretient, dans d'excellentes conditions, un hôpital pour cent vieillards et trente malades.

Une somme assez considérable a été léguée par une personne pieuse pour la fondation d'un hôpital de vingt-quatre lits. Le capital nécessaire a été complété par un certain nombre de fondateurs, parmi lesquels le journal *Le Gaulois* cite, en dehors des membres du clergé: MM. le baron de Mackau; Herzog; L. Lefébure; MMmes de Domecq; la comtesse Maison; Albert de Vatimesnil; la comtesse Habert de Quinsonas; la baronne de Mackau; Nantas; la baronne Gérard; la marquise de Persan; Gallichon, née Sargentan; Mlle Giraudeau. Ce nouvel hôpital a été inauguré le 26 novembre 1885, sous le nom d'*hôpital dominicain de Notre-Dame du perpétuel secours*.

Par l'exemple de l'hôpital Saint-Jacques, je tiens à démontrer que l'assistance hospitalière, à Paris, peut être organisée à peu de frais, indépendamment de l'Assistance publique et tout à son avantage.

2. Historique.— L'enseignement de l'homœopathie est exclu de l'enseignement officiel. En 1867, quelques médecins homœopathes décident qu'ils réuniront leurs efforts pour propager leur doctrine par l'en-

seignement clinique. Pour cela, il faut un hôpital. Ils se mettent en campagne avec une somme minime de cinq cent quatre-vingts francs. Ils ouvrent entre eux, puis parmi leurs clients, une souscription, sous le patronage de la société médicale homœopathique de France. Le capital s'élève successivement : au 1er mai 1869, à 4.000 frs. ; au 1er novembre suivant, à 5,000 francs ; au 30 mai 1870, à 9,555 francs, avec engagement pris, par quelques personnes, de fournir une somme de 2,280 francs par an, pendant trois ans. Dans les deux mois suivants de cette malheureuse année 1870, 24,000 francs sont souscrits ; ajoutés aux 9,555 francs en caisse, ils permettent de constituer, le 7 juillet, une société civile. Un bâtiment mal approprié, loué par elle, 282, rue Saint-Jacques, est mis promptement en état. La guerre survient ; la maison Saint-Jacques, autorisée seulement comme maison de santé, est convertie en ambulance ; le service clinique ne peut commencer que le 1er octobre 1871. Il fonctionne dès lors régulièrement, avec une moyenne de quatorze lits constamment occupés.

Après sept années de services rendus indirectement à l'Assistance publique, la société de l'hôpital Saint-Jacques est reconnue comme établissement d'utilité publique et l'existence légale conférée à l'hôpital par un décret du 13 juillet 1878.

D'année en année, les bâtiments de la rue Saint-Jacques, allaient se délabrant, tombant presque en ruines. L'hiver de 1879 à 1880 met le comble à la dégradation. En 1882, la situation n'étant plus tenable, la société décide qu'elle s'adressera à des capitalistes

bienveillants pour lui construire un établissement convenable, dont elle paiera le loyer comme elle faisait à la rue Saint-Jacques.

Quelques médecins prennent l'initiative; ils sont secondés, dirigés par des hommes de bien, rompus à la pratique des affaires, notamment MM. Ferdinand Riant, Abel Raimbeaux, Delahogue-Moreau. Une société est constituée au capital de 300,000 francs, sous le titre de société anonyme des Hôpitaux homœopathiques, et l'acte rédigé par l'honorable M. Dufour.

Le capital est entièrement souscrit à la fin de 1882, grâce à l'exemple donné par un certain nombre de souscripteurs généreux, au premier rang: MM. Lamy et Pourcelt, notaires honoraires; E. Gouin; Delahogue-Moreau; le prince de Wagram; Denormandie, sénateur; E. Denormandie, avoué; de Commines; E. Darlu; le colonel Salvador; Émile Alphen-Salvador; Guillout père; Savinien Guillet; Ferdinand Dubois; le baron Dunoyer de Noirmont; Moutier; Lavoignat et Henri Fontana, notaires; E. Watel; MMmes la baronne Lejeune, Desgenetais, Petrus Martin, Gabriel Salvador, Jules Brandon, Emile Alphen-Salvador, E. Gellinard, etc., etc.., sans compter les fondateurs et bienfaiteurs dont je parlerai plus loin.

Au mois d'avril 1883, la société anonyme acquiert un terrain bien exposé, dans une petite rue latérale à la rue de Vaugirard, ruelle Volontaire. Elle y fait élever des constructions d'après le système Tollet, sur des plans approuvés par les médecins de l'hôpital, et, le 2 juin 1884, le nouvel hôpital est inauguré.

Après avoir dit la messe et béni l'hôpital, au milieu

d'une assistance nombreuse, recueillie et sympathique, Mgr Richard a bien voulu présider la cérémonie.

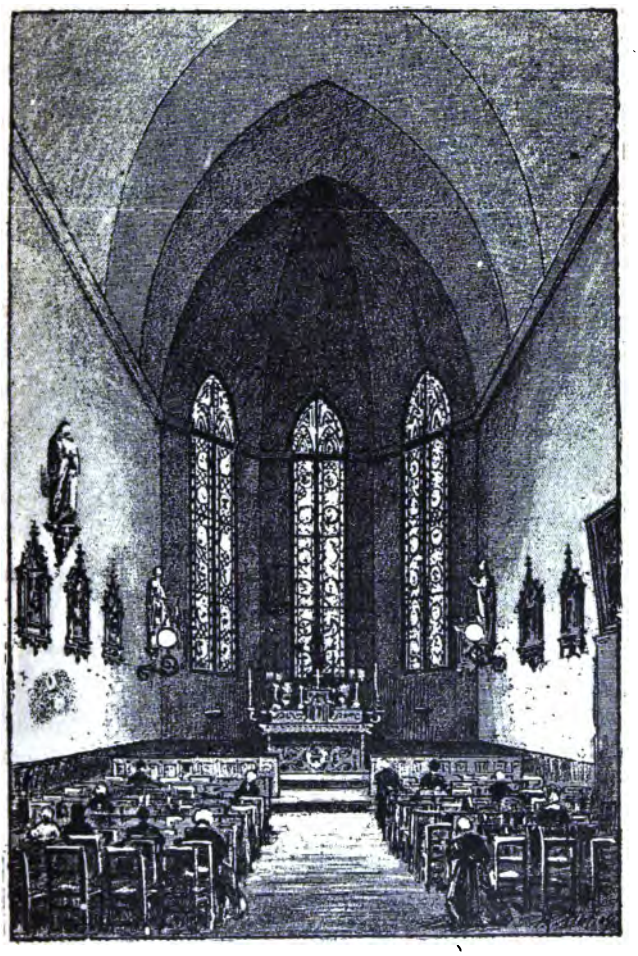
3. Constructions. — Je ne décrirai pas longuement l'hôpital Saint-Jacques actuel. A première vue, la grande cour d'honneur et l'aspect gracieux des trois pavillons en briques, a produit, sur toutes les personnes qui assistaient à l'inauguration, une surprise des plus agréables. Mais, pendant la visite de l'intérieur, l'impression a été bien plus vive encore.

Au premier et unique étage, dans chaque pavillon latéral, une grande salle de quatorze lits et une petite salle de six lits, toutes cintrées en ogive, avec une élévation de sept mètres cinquante centimètres à l'arête supérieure; deux petites chambres à un lit pour des malades dont l'isolement est nécessaire; partout les peintures douces, d'un excellent goût et reposant la vue; l'ameublement très simple, mais suffisant et rehaussé par une propreté hollandaise; tout cet ensemble frappait comme une nouveauté séduisante.

Dans le pavillon central : la chapelle ; — au rez-de-chaussée, élevé au-dessus du sous-sol, des chambres également à cintre ogival ; elles sont destinées aux malades qui, ne pouvant être convenablement soignés chez eux ou à l'hôtel, désirent, moyennant une rétribution raisonnable, trouver les mêmes avantages que chez les frères de Saint-Jean-de-Dieu ou à la maison municipale de santé.

Au sous-sol de ce pavillon, la vaste cuisine, la buanderie et les caves.

Au rez-de-chaussée des deux ailes : à gauche, les

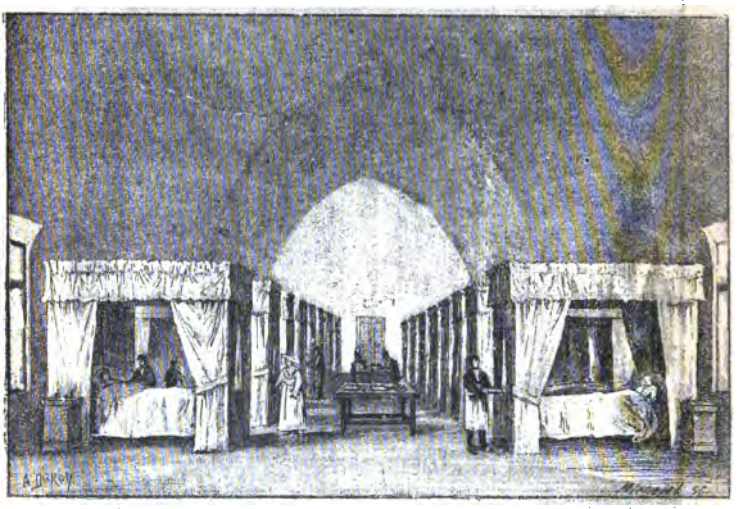


Vue de la chapelle.

services des consultations gratuites, les chambres des internes, etc. ; à droite, la salle à manger, la salle commune et le dortoir des sœurs ; la chambre et le

bureau de la supérieure ; la lingerie, le vestiaire, le logement du concierge.

C'est la Société nouvelle de constructions, système Tollet, qui a été chargée des constructions sous la direction de M. Lequeux, architecte. Le système Tollet offre, au point de vue hygiénique, plusieurs avantages. Dans ce système, les salles des malades ne sont pas



Grande salle des hommes.

superposées ; la forme ogivale met les salles et les chambres directement en communication avec l'atmosphère supérieure ; elle donne, pour chaque malade, à égalité de surface, un cube d'air beaucoup plus considérable ; elle assure la pureté de l'air, par un renouvellement constant, en quelque sorte automatique, sans courant nuisible. Aussi les appareils de ventilation perfectionnés fonctionnent-ils à Saint-Jacques,

sans aucun des inconvénients qu'on leur reproche dans les autres hôpitaux.

4. Budget modèle. — La dépense pour le terrain et les constructions s'est élevée à 460,000 fr., en chiffre rond. Au taux de 4 % seulement exigé par la Société anonyme, c'est un loyer de 20,000 fr., l'entretien et les frais accessoires compris. A elle seule, indépendamment de l'accroissement du nombre des malades, cette somme dépasse de 3,000 fr. la dépense annuelle de l'ancienne maison Saint-Jacques.

En effet, du 1er avril 1870 au 1er avril 1884, il a été pourvu à son installation et à son entretien par 300,000 fr. de souscriptions particulières. Avec une quarantaine de mille francs provenant de dons et de remboursements de frais de séjour, faits par des malades ou des personnes charitables, cela a suffi pour couvrir les dépenses suivantes :

Appropriation de la maison Saint-Jacques, mobilier, installation, réparation, entretien du dispensaire, rue Coquillière, nb 31, frais divers.....	52,000 fr.
Le loyer de 12,000 fr., réduit par des sous-locations à 10,000 fr.; pour 14 ans, ci.	140,000
Religieuses, personnel de service, quatorze malades en moyenne, 7,000 fr. par an ; total pour 14 ans	98,000
	290,000
Réserve de l'hôpital au 1er avril 1884	50,000
Total.....	340,000 fr.

Ainsi, abstraction faite du loyer, des réparations et du mobilier, tous les frais indispensables représentent une dépense annuelle de 7,000 fr. qui, répartie sur le nombre des malades, ne s'élève pas à plus de cinq cents francs pour chacun d'eux.

Ce taux ne sera pas dépassé, loin de là, au nouvel hôpital. L'augmentation du nombre des malades, de quatorze à quarante, entraînera une augmentation de dépense correspondante, soit une charge de 20,000 fr. au lieu de 7,000. Avec le loyer de 20,000 fr. au lieu de 10,000 fr., c'est, pour le nouvel hôpital, un budget de 40,000 fr. en dépenses, au lieu de 17,000 qui suffisaient à la vieille maison Saint-Jacques.

Les souscriptions particulières couvriront-elles cette différence sensible, quoique minime ? Tout le fait espérer. Cela n'est pas douteux, si les coopérateurs de l'hôpital Saint-Jacques, depuis son origine, lui tiennent compte des services qu'il a rendus et qu'il est appelé à rendre, de son importance croissante, du nombre des malades secourus, déjà presque triplé. Cela est moins douteux encore, si un certain nombre de personnes charitables, frappées du caractère de l'œuvre et de ses conséquences incalculables pour l'avenir, veulent bien y prendre quelque intérêt, et, par leurs largesses, lui assurer à tout jamais une existence indépendante. A tous mes lecteurs, j'adresse avec une entière confiance le même appel qu'à mes auditeurs le jour de l'inauguration.

« Toutes les circonstances de la vie, disais-je, invitent à la charité, portent à la bienfaisance. Survient-il un événement heureux dans votre famille, une nais-

sance, une guérison impatiemment attendue, ou bien une solennité comme un baptême, une première communion, un mariage ? Pensez aux pauvres malades ; faites un don à l'hôpital Saint-Jacques qui les abrite. Êtes-vous frappé par un malheur, par la perte d'un des vôtres bien chers, d'un de vos proches ? Pensez aux pauvres qui subissent les mêmes épreuves dans la misère, dans l'abandon et surtout dans la maladie ; faites un don à l'hôpital Saint-Jacques où les malheureux trouvent des soins empressés et dévoués de la part des religieuses et des médecins, et aussi quelques consolations ! Au milieu des fêtes de la famille et de l'amitié, pensez aux pauvres qui en sont privés et qui gémissent sur un lit de douleur ; faites un don à l'hôpital Saint-Jacques où, avec la santé, ils espèrent retrouver la force, le calme et l'espérance. Tous ces dons, si minimes soient-ils, finiront par former un capital important. Si vous les mesurez à votre charité, à votre fortune, ce capital s'accroîtra rapidement...

« Chaque jour la presse annonce des legs inutiles ou burlesques à des académies, à des sociétés diverses, sociétés d'agriculture, des beaux-arts, protectrice des animaux, etc. Mais heureusement elle enregistre aussi des legs louables faits à l'Assistance publique, à des sociétés de bienfaisance, comme celle de l'orphelinat de la Seine, des Enfants abandonnés, etc., etc.

« Tous, tant que vous êtes, vous avez l'intention d'en faire d'aussi honorables. Pensez à l'hôpital Saint-Jacques ! si vous ne lui faites pas la plus grosse part, faites-lui en une petite ; nous vous demandons pour lui au moins la dîme de vos générosités. »

Et, aujourd'hui, combien mon appel n'est-il pas plus pressant encore ? La réserve, qui était de cinquante mille francs seulement au 1er avril 1884, n'existe plus. Elle a été entièrement absorbée, et par le mobilier du nouvel hôpital Saint-Jacques, et par son loyer à partir du 1er juillet 1884. Non, il n'est pas possible que les bienfaiteurs de l'hôpital Saint-Jacques et les personnes charitables, qui maintenant le connaîtront, l'abandonnent, dans de telles circonstances, et ne pourvoient pas largement à ses besoins immédiats, à sa sécurité dans l'avenir.

5. Règlements. — Aux termes du règlement de l'hôpital, la liberté de conscience est sévèrement respectée. Chaque malade est assisté par le ministre du culte qu'il réclame.

Il est absolument interdit aux religieuses d'influencer un malade quelconque par la moindre sollicitation. Depuis quinze ans aucune infraction n'a été commise à cette règle rigoureuse (1).

Conformément aux statuts approuvés par le Conseil d'Etat, certaines dispositions du règlement intérieur de la société de l'hôpital Saint-Jacques se rapportent aux associés.

D'après ces dispositions, un don de cinq mille francs et au-dessus confère aux associés le titre de fondateur ; un don de deux mille francs au moins le titre de bien-

(1) Les religieuses de l'hôpital Saint-Jacques appartiennent à l'ordre de la présentation de la Sainte-Vierge, de Tours.

faiteur ; une souscription annuelle de deux cents francs au moins le titre de coopérateur.

En dehors des médecins, parmi les personnes qui ont rempli ces conditions, la société compte,

Comme fondateurs : Mme Charles Seguin, la digne fille du célèbre docteur Petroz, présidente des dames patronnesses ; Mme la baronne de Rothschild, douairière ; MMmes la comtesse de Mesnard ; la comtesse d'Argout ; Marco del Pont, Abel Raimbeaux ; MM. Edouard Mignon, Ferdinand Riant, Antonin et Charles Catellan ;

Comme bienfaiteurs : MMlles Marie et Laure Determes, Mme la marquise de Rastignac ; Mme Maurice Gottier ; Mme Gallois ; Mlle Félicie Pône ; M. le général comte de Palikao ; M. le baron Charles Piérard ; MM. William Galignani, Charles Fauqueux, Georges Love, Charles Pône ;

Comme coopératrices : Mme la baronne Charles Piérard ; Mme Gillard.

6. Liberté de conscience.— L'hôpital Saint-Jacques a été créé au nom de la liberté d'enseignement venant en aide à la charité. Par la suite des événements, par la force des choses, toutes les libertés étant solidaires, il est devenu aussi un asile pour la liberté religieuse. Depuis près d'un siècle, cette liberté a été respectée, en France, par tous les régimes ; aussi ne passionne-t-elle plus guère que les personnes ardentes dans leurs convictions ou froissées dans leur conscience. En Angleterre, cependant, où elle règne sans conteste, les fondations particulières de bienfaisance

sont richement dotées et alimentées pour *la propagande religieuse*. Ainsi, à Londres, elles ont en revenus, produits d'anciens legs, une somme annuelle de 2,544,500 fr. Elles reçoivent, chaque année, en souscription, 22,577,295 fr. ; soit 25,121,795 fr. appliqués à la propagande religieuse. Pour les hôpitaux et hospices, elles ont, il est vrai, un revenu de 18,489,825 fr. provenant de legs antérieurs, et elles reçoivent, en souscriptions, 17,436,785 fr., soit 35,926,700 fr. pour l'assistance privée. Quant à l'Assistance publique, elle dispose, à Londres, d'une somme brute de 341,793,800 fr. par an, nette, de 295,225,475 fr. Si la différence représente les frais d'administration, ils sont de 7 %, 2 % de plus qu'à Paris; mais si elle représente l'ensemble des frais généraux, ceux-ci sont quatre fois moindres qu'à Paris.

Certes, à Paris, si l'on tient compte des libéralités privées à l'Assistance publique, aux écoles libres et aux établissements dirigés par les congrégations, la dépense faite par les particuliers, en vue de l'instruction et de l'assistance religieuse, est proportionnellement aussi considérable qu'à Londres. Mais en France, la charité, en offrant l'assistance et l'instruction, s'interdit absolument la propagande religieuse ; aux gens de bien, la liberté suffit ; l'hôpital Saint-Jacques le prouve. A l'heure présente, tout se réduit à cette question : les exigences nouvelles d'une situation troublée réclament-elles de plus grands sacrifices ? Je n'hésite pas à répondre : non, si toutes les ressources sont employées avec économie et réparties avec intelligence.

7. Le strict nécessaire.— En ce qui regarde l'assistance hospitalière, l'hôpital Saint-Jacques montre à quel point peuvent être réduites les dépenses, à 500 fr. par lit, abstraction faite du loyer, tandis que chaque lit, dans les mêmes conditions, coûte à l'Assistance publique 2,000 francs. Or, que faut-il pour fonder définitivement et doter suffisamment l'hôpital Saint-Jacques ? Un simple virement de quelques centaines de mille francs.

En effet, les dons et les legs faits à l'Assistance publique s'élèvent, année moyenne, à 6,700,000 fr. (1) Qu'une seule année un sixième, deux années consécutivement un douzième de cette somme, en tout un capital d'un million, soit accordé à l'hôpital Saint-Jacques, et celui-ci devient immédiatement, moyennant 460.000 francs, propriétaire de l'immeuble qu'il occupe. Avec le surplus, 540,000 francs, il est en possession d'un revenu de 20.000 à 22,000 francs. Dès lors il n'est plus obligé de recourir aux souscriptions annuelles pour acquitter son loyer et entretenir ses quarante ou cinquante malades. Quant aux frais accessoires, ils seront couverts par quelques recettes diverses, par exemple 4,000 ou 5.000 francs provenant, soit d'offrandes modestes, soit, comme à l'Assistance publique, des

(1) Il y a quelques jours à peine, l'Assistance publique a été autorisée à recevoir un legs de Mme la baronne Alquier, pour une valeur que les journaux estiment à cinq millions de francs au moins. Tout récemment un riche propriétaire de la rue Scribe a légué toute sa fortune, qu'on dit aussi considérable, à l'Assistance publique.

remboursements faits, pour frais de séjour, par des malades, par leurs familles ou leurs protecteurs.

3. Simple réflexion. — Que les bienfaiteurs de l'Assistance publique veuillent bien y réfléchir ! Les sommes qu'ils lui prodiguent si généreusement, trouvent leur emploi dans le budget des dépenses extraordinaires. Elles ne servent que dans une proportion restreinte à l'entretien des lits existants, presque nulle à la création de lits nouveaux. Chaque lit, je le répète, coûte à l'Assistance publique 2.000 francs par an : cela représente un capital de 50.000 francs. Si, pour l'installation de nouvelles salles, l'Assistance publique est obligée d'agrandir ses constructions ou d'en élever d'autres, la Ville, comme l'Etat, payant les constructions et les terrains beaucoup plus cher que les particuliers, on peut estimer, sans exagération, l'installation de chaque lit nouveau à 25.000 francs en capital, représentant un revenu de 1.000 francs par an, ce qui porte à 3.000 francs le prix de revient annuel pour chaque nouveau lit. En d'autres termes, si 25.000 francs sont nécessaires pour installer un lit à l'Assistance publique, ils suffisent pour en installer deux à l'hôpital Saint-Jacques : si le revenu de 50.000 francs est nécessaire pour l'entretien d'un lit à l'Assistance publique, il suffit à l'entretien de quatre lits à l'hôpital Saint-Jacques.

Donc fonder ou entretenir, avec une somme donnée, un certain nombre de lits à l'hôpital Saint-Jacques ou à un hôpital similaire, c'est procurer à l'Assistance publique un allégement de trois à quatre fois

plus considérable que si on lui allouait la même somme directement. N'est-ce pas, dès lors, faire profiter d'une hospitalité bienveillante et libérale un plus grand nombre de malheureux, dont les trois-quarts resteraient sans secours ? Et n'ai-je pas démontré par le fait que, comme je le disais plus haut, l'assistance hospitalière libre et libérale peut être organisée à peu de frais, en dehors de l'Assistance publique et tout à son avantage ? L'hôpital Saint-Jacques une fois doté, servira de modèle à tous les établissements du même genre, que la bienfaisance privée peut multiplier sans augmenter ses sacrifices.

SOLUTION.

1. Une comparaison.— Comment, pour le même objet, les dépenses de l'assistance libre peuvent elles être réduites au quart des dépenses de l'Assistance publique ? Simplement par la division du travail ; par la suppression de tous les rouages et de tous les frais onéreux d'une grande administration ; enfin par des économies qui, impossibles à celle-ci, sont faciles à une habile maîtresse de maison.

Si, depuis quinze ans, l'entretien de chaque malade ne coûte, à Saint-Jacques, que 500 francs, cela tient à ce que la digne supérieure a toujours procédé comme une mère de famille chargée de nombreux enfants. Il ne lui a pas été plus difficile qu'à une bourgeoise un peu gênée de régler son budget de 7 à 20,000 francs, loyer non compris, de manière à ne pas le dépasser.

Dans ces conditions, aucune des charges qui pèsent si lourdement sur l'Assistance publique : frais généraux, personnel des bureaux, gérants, inspecteurs, percepteurs, directeurs, économes, dépenses accessoires et extraordinaires, pertes sur les approvisionnements etc., etc. Or, en raison de son organisation, l'administration ne peut rien retrancher de ces dépenses qui s'élèvent à 15,000,000 ! Quinze millions sur un budget de 50,000,000 en recettes, près de trente pour cent ! quinze millions, alors que les services sanitaire et économique n'en exigent pas vingt-deux ! quinze millions, que les libéralités charitables alimentent pour deux cinquièmes à peine ! quinze millions !!! Mais à elle seule, cette somme suffirait à l'Assistance libre pour construire et doter, chaque année, quinze petits hôpitaux comme Saint-Jacques, avec six cents lits nouveaux, trente mille en cinquante ans, cinquante pour cent de plus que n'en a aujourd'hui l'Assistance publique.

Je n'exagère pas, l'hôpital Saint-Jacques, pour 40 lits et pour un pavillon comprenant 10 chambres, a coûté,— terrains et constructions,— 460,000 francs ; un revenu de 20,000 francs lui suffit ; donc, avec le million de M. Moïana, un hôpital semblable eût pu être élevé, suffisamment doté et consacré à la mémoire de son fondateur.

2. Résultat possible.— Chaque année l'Assistance publique reçoit, en dons et legs des particuliers, une somme d'au moins six millions. Supposons ces six millions affectés à l'assistance libre : cela permet de

fonder, chaque année, six petits hôpitaux comme Saint-Jacques, ou quatre au moins, si on veut les doter plus largement et apporter aux constructions les améliorations indiquées par l'expérience. Arrêtons-nous à ce *minimum* de quatre petits hôpitaux par an : c'est quarante en dix ans, quatre-vingts en vingt ans, un pour chaque quartier de Paris, sur le point de la périphérie le plus à sa proximité. Et, si le mouvement se continue, c'est, dans un siècle, seize mille lits nouveaux offerts aux pauvres malades, sans qu'il en ait coûté un centime de plus à l'Assistance publique et à ses bienfaiteurs !

Et quels avantages à tous les points de vue ! Toutes les grandes agglomérations de malades supprimées, — n'entretenant plus, dans les centres populeux, en temps d'épidémie surtout, de dangereux foyers d'infection ; — les malades soignés, comme dans une grande famille, par des médecins d'autant plus attentifs et d'autant plus zélés que leur service sera moins pénible ; les convalescences plus promptes, moins prolongées ; la mortalité, enfin, diminuée.

Si un million suffit à l'Hôpital Saint-Jacques pour acquérir son immeuble et vivre d'un petit revenu de 20 à 22.000 mille francs, j'estime que chaque petit hôpital nouveau exigera un capital de 1,500.000 francs. Il faut tenir compte, en effet : 1° de la valeur croissante des terrains dans les quartiers excentriques, se peuplant de plus en plus et les seuls abordables pour des fondations économiques ; 2° de l'augmentation continue du prix des matériaux et de la main-d'œu-

vre ; 3° de la diminution progressive de la rente des capitaux.

Il est à prévoir qu'un immeuble semblable à celui de Saint-Jacques reviendra de 460.000 francs au minimum, à 600.000 francs au maximum, et qu'ainsi le capital producteur du revenu descendra de 1.040.000 francs à 900.000 francs. Sur le taux de l'intérêt, la réduction de 3,75 % à 3 % est plus que probable. A ce moment, le revenu annuel d'un petit hôpital de quarante lits, sera réduit à 27.000 francs.

D'un autre côté, dans les hôpitaux à créer, les dépenses seront un peu plus élevées qu'à l'hôpital Saint-Jacques. A Saint-Jacques, le service médical est absolument gratuit. Dans les nouveaux hôpitaux dus à la bienfaisance collective, il devra être rétribué aussi honorablement au moins que par l'Assistance publique. Ce sera, de ce chef, une dépense de 1.500 à 2.000 francs par an pour chaque petit hôpital.

Enfin, les dépenses pour médicaments sont presque nulles à Saint-Jacques ; elles auront une certaine importance dans les nouveaux hôpitaux.

L'élévation du capital d'un million à 1,500.000 francs parera à toutes ces réductions de recettes et augmentations de dépenses. Dans les premières années, en admettant que l'entretien de chaque hôpital coûte vingt-cinq mille francs au lieu de vingt mille, il restera un excédent de revenus d'une quinzaine de mille francs qui, capitalisé chaque année, compensera la diminution de l'intérêt. A cette compensation s'ajouteront les recettes accessoires : offrandes généreuses, remboursements de frais de séjour, etc., etc. Je ne

parle pas des chambres payantes comme au pavillon Saint-Jacques, les recettes suffisant tout au plus à couvrir les dépenses.

Le budget des recettes et des dépenses d'un petit hopital de quarante lits étant ainsi largement établi, il est clair que quatre petits hôpitaux peuvent être créés, cent soixante lits fondés, chaque année, avec six millions seulement consacrés à l'Assistance libre par les bienfaiteurs de l'Assistance publique.

3. Organisation : Comment concentrer et répartir les ressources en se conformant strictement aux intentions des fondateurs ? L'expérience de Saint-Jacques va nous l'apprendre.

De même qu'une Société civile a été constituée pour la première installation, puis une Société anonyme pour l'achat du terrain et les constructions de l'hôpital Saint-Jacques, de même une Société civile, au capital de 1.500.000 francs, peut être constituée pour l'assistance hospitalière libre et libérale. Il suffit, pour cela, que l'initiative soit prise par des personnes considérables entre toutes celles qui s'intéressent aux œuvres de bienfaisance : banquiers puissants, comblant de leurs dons annuels l'Assistance publique ; gens de bien, appartenant à tous les rangs et pratiquant la charité au nom de leur religion ; tous désirant assurer aux pauvres malades les soins d'un pieux dévouement et les consolations d'un ministre de leur culte. Le succès sera d'autant plus rapide, le capital d'autant plus promptement souscrit, que cette initiative sera secondée, et par les nobles femmes dont le

patronage et le généreux concours ne font jamais défaut aux grandes entreprises de la charité, — et par les membres des différents clergés: archevêques, évêques, prêtres, rabbins, pasteurs, dont le zèle, quand il s'agit de secourir l'indigence, ne connaît point de bornes.

Le premier hôpital fonctionnant, de deux choses, l'une : ou la Société sera reconnue comme établissement d'utilité publique, ou elle ne le sera pas. Si elle l'est, elle recevra les dons et les legs ; elle en emploiera le montant à la création d'un nouvel hôpital, aussitôt que le capital nécessaire sera réalisé. Si, contre toute prévision, malgré les services rendus, malgré l'honorabilité de ses administrateurs, malgré les garanties offertes par leur désintéressement et par leur compétence, la Société n'est pas reconnue d'utilité publique, elle restera Société civile, ayant l'existence juridique consacrée par les articles 529 et 1860 du Code civil. Elle fera, chaque année, au fur et à mesure des créations nouvelles, une ou plusieurs émissions, dont le montant sera divisé en un certain nombre de parts. Enfin les bienfaiteurs intelligents n'hésiteront pas à convertir leurs dons et legs en un nombre équivalent de ces parts.

4. Méthode. — Mais, dira-t-on, pourquoi pas une société modeste pour chaque hôpital ? Et comment une société, entreprenant la création de quatre-vingts petits hôpitaux représentant 120.000.000 fr., en 20 ans, comment une telle Société échappera-t-elle aux charges d'une grande administration ? Ne fussent-elles

que de 5 %, ce serait une diminution considérable sur les revenus.

Sur le premier point, je réponds : si quatre, six, huit, dix petites sociétés, à plus forte raison un plus grand nombre, se constituent séparément et simultanément pour autant de petits hôpitaux, elles se nuiront mutuellement. Les personnes les plus riches et les mieux disposées seront lassées, blessées même par tant de sollicitations, la meilleure volonté ne pouvant satisfaire à des demandes qui dépassent le possible. Or, huit ou dix ou quinze millions, demandés en une même année à la charité privée, c'est l'impossible ! Pour chaque hôpital, les ressources, insuffisantes au début, diminueront rapidement d'année en année, et plus d'un probablement restera inachevé ou même devra être abandonné. Pour réussir, l'assistance hospitalière libre et libérale doit procéder d'ensemble, prudemment, méthodiquement ; elle ne doit penser à une création nouvelle qu'après avoir réuni le capital nécessaire. Pour le moment, avant tout, les libéralités particulières ne doivent avoir qu'un objet : pourvoir à l'existence indépendante et durable des petits hôpitaux déjà créés et insuffisamment dotés.

J'attire plus particulièrement l'intérêt sur l'hôpital Saint-Jacques, non seulement parce qu'il est le plus important, mais encore, parce qu'il est le moins bien partagé. Or que faut-il pour l'affranchir de toute charge, et le doter d'un revenu convenable et régulier ! Je l'ai dit : à peine ce que l'Assistance publique reçoit de la générosité de ses bienfaiteurs en deux mois.

5. Administration. — Sur le second point, je réponds : l'administration sera essentiellement gratuite. Les fonds reçus seront immédiatement déposés dans une maison sûre, au besoin à la Banque de France ou à la Caisse des dépôts et consignations. Ils seront employés aussitôt qu'ils auront atteint le chiffre correspondant à une opération : acquisition de terrain, construction, etc. Pour l'hôpital Saint-Jacques, de la meilleure grâce du monde, la maison J. Worms, Alphen, Dauphin et Cie a bien voulu se charger des encaissements, non seulement sans frais, mais encore en bonifiant l'intérêt sur les sommes conservées pendant un certain temps. Trois administrateurs zélés et désintéressés comme ceux de la Société anonyme qui a construit l'hôpital Saint-Jacques (1), se chargeront volontiers de veiller au placement des fonds et à leur emploi le plus économique et le plus utile, conformément aux intentions des donateurs ou souscripteurs. Pour l'achat du terrain, l'adoption des plans, la surveillance des constructions, etc., ils pourront s'adjoindre une sous-commission administrative, composée de trois membres pris parmi les plus forts participants du quartier intéressé.

A la tête de chaque hôpital sera placée une directrice, chargée exclusivement de la gestion intérieure, sous la surveillance de la sous-commission administrative et du conseil d'administration.

(1) M. Abel Raimbeaux, le premier président ; M. Delahogue-Moreau, qui lui a succédé, et M. Gustave Lacroix secrétaire.

Pour les établissements généraux, c'est-à-dire admettant, comme Saint-Jacques, tous les malades sans distinction de culte, le service sera confié de préférence à des religieuses et à leur supérieure, comme offrant toutes les garanties, non seulement pour la liberté de conscience, mais encore pour la plus rigoureuse économie.

Pour les établissements spéciaux, c'est-à-dire réservés aux malades israélites ou protestants, le service sera confié à une directrice et à des assistantes dévouées aux soins des malades par leur vocation, par leur éducation et par leurs principes religieux.

Dans chaque hôpital, des inscriptions perpétueront la mémoire de tous les bienfaiteurs de l'œuvre. Leurs noms resteront à jamais gravés dans le souvenir pieusement reconnaissant des malades, et bénis par tous les visiteurs.

Les médecins et chirurgiens seront choisis parmi les plus recommandables par leurs antécédents, leur expérience, leurs lumières et leurs titres : anciens internes, lauréats des hôpitaux, de la Faculté ou des Académies de médecine et des sciences, etc., etc., ils seront nommés par le conseil d'administration, ou, sous son approbation, par chaque sous-commission administrative.

Ainsi, par la fondation de ses petits établissements généraux ou spéciaux, l'assistance libre pourra réaliser toutes les intentions des donateurs et souscripteurs. Elle permettra même, ce que n'a jamais pu faire l'Assistance publique, elle permettra au pauvre, dans la mesure du possible, le choix, sinon du méde-

cin, du moins de la méthode médicale qui a sa confiance.

Hélas ! la misère et les maladies suivent une progression bien plus rapide que la prospérité générale ; il n'y a donc à pas craindre que les capitaux, offerts à l'assistance hospitalière libre, surabondent et, restant sans emploi, reconstituent, sur une grande échelle, les biens de main-morte.

Je me borne à ces indications sommaires. L'expérience commencée à l'hôpital Saint-Jacques et conduite à bon terme montrera comment les difficultés peuvent être surmontées, les complications écartées, les économies réalisées. Division du travail pour l'administration ; responsabilité personnelle, effective, substituée aux responsabilités multiples et illusoires; suppression des frais généraux, des dépenses accessoires, extraordinaires ; et, par conséquent, application de toutes les largesses des bienfaiteurs exclusivement au soulagement des malheureux ; enfin, désintéressement, intelligence pratique et bon vouloir des administrateurs et de leurs coopérateurs ; tels sont les principes qui doivent présider à l'organisation.

6. Conclusion. — Quant aux résultats, ils sont connus : satisfaction donnée à toutes les exigences légitimes ; consolations religieuses libéralement offertes à ceux qui les désirent ; pour tous les malades, les soins délicats, en quelque sorte maternels, que, seules, peuvent inspirer une vocation inébranlable et une piété éclairée.

Sur les sommes versées à l'Assistance publique,

nous l'avons vu, 30 0/0 sont prélevés par les frais généraux. Le prélèvement deviendra d'autant plus considérable que la laïcisation entraînera de plus grandes dépenses. Plutôt que de s'associer, même indirectement, à la laïcisation et à ses conséquences, les bienfaiteurs de l'Assistance publique ne préféreront-ils pas diminuer ses charges dans une énorme proportion, en fondant l'Assistance hospitalière libre et libérale ? Celle-ci sera fondée le jour où ils feront, le jour où tous les gens de bien, dans la mesure de leurs forces, feront avec eux, pour la charité et pour la liberté de conscience, ce que quelques médecins et leurs clients ont fait pour la charité et pour la liberté d'enseignement, alors que celle-ci était seule en cause. Je ne doute pas du succès s'il ne dépend que de la fermeté dans les convictions, des élans de la foi et de la dignité dans la tolérance.

Congrès Homœopathique International de 1886

Notre ami, le Docteur Martiny, de Bruxelles, nous adresse la circulaire suivante :

ASSOCIATION CENTRALE
DES HOMŒOPATHES BELGES

Bruxelles, le 3 mai 1886.

Monsieur et honoré confrère,

Le Congrès international d'homœopathie de Londres avait désigné Bruxelles comme siège du prochain Congrès, et le Secrétaire Général, le Dr Hughes, en avait avisé l'Association centrale des homœopathes belges.

L'Association avait accepté avec empressement la mission qui lui était confiée ; elle a fait appel au concours bienveillant des autorités et sollicité les travaux des homœopathes des deux mondes ; toutes les mesures étaient prises pour l'organisation définitive, mais au dernier moment la plupart des confrères étrangers qui avaient promis leur concours actif ne peuvent, pour des causes diverses, participer cette année aux travaux du Congrès. Le nombre des mémoires qui nous sont parvenus est réellement trop restreint pour pouvoir alimenter les discussions : le Congrès est donc impossible cette année ; aussi,

croyons-nous devoir proposer aux homœopathes des deux mondes de reculer la date du Congrès jusqu'en 1889, et de demander à nos confrères français de bien vouloir organiser le Congrès pour l'époque de la grande Exposition universelle de Paris.

L'Association des homœopathes belges regrette vivement la résolution qu'elle prend, mais elle lui est impérieusement imposée par les circonstances.

Recevez, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments.

LE COMITÉ PROVISOIRE :

Dr MARTINY
Dr CRIQUELON
Dr SCHEPENS
Dr SEUTIN
Dr GAUDY

Cette circulaire a jeté un assez vif émoi dans le monde homœopathique anglo-américain et nous recevions, quelques jours après son arrivée, la lettre que nous traduisons ci-dessous :

CONGRÈS HOMŒOPATHIQUE
INTERNATIONAL DE 1886

A M. le Gérant du *Bulletin de la Société médicale Homœopathique de France.*

Mon cher confrère,

Lors du Congrès tenu à Londres en 1881, il fut résolu que notre prochaine réunion aurait lieu à Bru-

xelles dont la position centrale et neutre permettait facilement aux homœopathes du continent européen (jusqu'à présent si rarement représentés dans nos assemblées) de lier connaissance entre eux et avec leurs confrères d'Amérique et d'Angleterre. Je fus désigné pour remplir les fonctions de secrétaire perpétuel du Congrès et, en vertu de ce titre, je fis part du choix fait par le Congrès, au Docteur Martiny, directeur de la *Revue homœopathique belge*, le priant de porter cette décision à la connaissance des homœopathes de Belgique. J'appris en temps voulu de ce confrère que l'Association centrale des homœopathes belges avait accepté la tâche d'organiser le Congrès et avait, dans ce dessein, nommé un comité, auquel je transmis mes pouvoirs, me mettant à sa disposition pour tout renseignement, aide, ou conseil qu'il pouvait requérir.

J'apprends maintenant, et avec grand regret, que nos confrères belges ne se croient pas en mesure d'achever la tâche qu'ils avaient entreprise. Désappointés par le petit nombre des travaux qui leur ont été promis, ils déclarent le Congrès impraticable et désirent l'ajourner à 1889, désignant comme son siège Paris, à cause de l'Exposition universelle qui aura lieu cette année dans cette ville. Il me semble que cette décision ne peut être acceptée. Nos réunions internationales doivent avoir régulièrement lieu tous les cinq ans, si l'on n'entend pas laisser péricliter cette institution et les raisons qui ont, à cette occasion, fait préférer Bruxelles à Paris, n'ont pas perdu de leur valeur. Nombre de nos confrères ont

pris leurs arrangements en conséquence ; nous avons, de notre côté, supprimé pour cette année notre Congrès des praticiens homœopathes de la Grande-Bretagne et, au moment actuel, il est absolument impossible de modifier les résolutions arrêtées.

C'est pourquoi je crois qu'il est de mon devoir de mener à bonne fin la mission qui m'avait été confiée et de prendre, à défaut des homœopathes belges, les mesures propres à son accomplissement. En conséquence, je donne avis que le Congrès homœopathique International de 1886 se tiendra à Bruxelles, les mardi 3, mercredi 4, et jeudi 5 août prochains. Le premier jour sera consacré aux considérations générales sur l'homœopathie, le deuxième à la matière médicale et le troisième à la médecine clinique. Le local et les heures de réunion seront désignés ultérieurement.

Etant, à cette heure tardive, appelé à organiser le Congrès, j'adresse un énergique appel à mes confrères de toutes nations pour obtenir leur assistance et leur coopération. Que ceux qui sont à même de m'envoyer immédiatement des mémoires touchant aux sujets indiqués par le programme ci-dessus veulent répondre à cet appel ainsi que ceux qui désirent la réussite de notre Congrès et qui auront à nous aider de leur contribution pécuniaire. Le docteur Dudgeon, 55, Montagu Square, Londres, nous prête son obligeant concours comme trésorier, et recevra avec reconnaissance tous les fonds qu'on voudra bien lui adresser et dont il accusera réception aux expéditeurs.

Peut-être, en unissant nos efforts, obtiendrons-nous que le Congrès de 1886 ne reste pas au-dessous de la réputation des Congrès de 1876 et de 1881.

Je vous serai fort obligé, mon cher confrère, de vouloir bien insérer cet avis dans votre estimable journal et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments de confraternel dévouement,

RICHARD HUGHES,
Secrétaire perpétuel du Congrès
Homœopathique International.

Brighton, mai 1886.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons du docteur Hughes une nouvelle lettre nous apprenant que, par déférence pour les observations que lui ont présentées nos confrères de Belgique, le prochain Congrès se tiendra aux jours indiqués à Bâle et non à Bruxelles. Le docteur Brüchner, de Bâle, s'occupe des arrangements que comporte cette modification, qui est la seule apportée au programme.

Pas de décision prise pour le moment relativement à la langue officielle du Congrès. Mais si liberté entière est déjà garantie à ce sujet à tout auteur d'une communication quelconque, il est à prévoir que l'anglais et l'allemand seront les idiômes prédominants.

Jusqu'au 19 juillet prochain, toute la correspondance relative au Congrès devra être adressée au docteur Hughes à Brighton (Angleterre), puis après cette date à Bâle, hôtel Schweizerhof. Le 2 août prochain, le docteur Hughes se tiendra, dans cet hôtel, de midi à six heures, à la disposition de ses confrères qui auraient besoin de le voir.

A. C.

CATARRHE NASO-PHARYNGIEN SEC

Par le docteur René Serrand,
Médecin consultant aux eaux de Luchon.

Le *catarrhe naso-pharyngien* sec avec muqueuse pharyngienne hypertophiée, d'un rouge sombre, luisant, vernissé, sur laquelle glisse difficilement, à cause de sa viscosité, un mucus épais, agglutiné, descendant de l'arrière-cavité des fosses nasales, en déterminant soit par son passage, soit par son adhérence, des efforts pénibles d'expectoration, est une maladie chronique essentiellement rebelle aux traitements les plus divers.

Le catarrhe naso-pharyngien sec dérive de l'arthritisme et reconnaît comme cause occasionnelle les poussières, le gaz, l'alcool. Presque toujours les sujets porteurs de cette affection sont atteints ou ont été atteints de rhumatisme, de névralgies ou de dermatoses; ils descendent d'arthritiques ou d'herpétiques.

J'ai observé chez beaucoup d'entre eux un découragement extrême qui semble hors de proportion avec la gravité de leur état, et certains m'ont confié qu'ils étaient tellement fatigués par leurs souffrances incessantes : sécheresse, irritation, chatouillement de la gorge, efforts violents d'expectoration allant jusqu'au vomissement, mauvaise odeur de l'haleine, dureté de l'ouïe et céphalalgie, qu'ils avaient des idées de suicide.

L'inutilité de tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour a conduit à des essais étranges. Meyer, de Copenhague, ne pouvant pas modifier la cavité naso-pharyngienne, a imaginé son raclage au moyen d'une curette. Cet arrachement de la muqueuse ne trouvera pas de partisans.

Je soigne chaque année un grand nombre de malades atteints de cette affection chronique invétérée et j'ob-

tiens au moyen des eaux sulfurées sodiques chaudes des Pyrénées et tout particulièrement au moyen de celles des sources de Luchon du soulagement et même une guérison définitive, chaque fois que le traitement est suivi exactement.

J'emploie contre cette pharyngo-rhinite chronique un traitement général et un traitement local. Je suis dirigé pour le choix de la source où doit boire le malade par l'examen de son tempérament et de sa constitution ; quant au traitement local, c'est l'affection elle-même qui l'impose, l'eau des sources du *Pré* de Luchon, en gargarisme avec expulsion de l'eau par les fosses nasales et en aspirations nasales par le retour de l'eau par la bouche, produit de très heureuses modifications ; dans certaines formes où les eaux du Pré déterminent des réactions trop vives, je me sers avec succès des sources dès 2 *Richard* dont l'action favorable contre le rhumatisme est bien connue dans la station, mais ce sont les irrigations nasales et naso-pharyngiennes sulfureuses chaudes prises dans les salles de pulvérisation de Luchon, au moyen des appareils spéciaux qui y sont disposés, qui donnent des résultats que l'on ne rencontre nulle part ailleurs.

Cette irrigation nasale produit, au début de son emploi, quelque fatigue et souvent il faut toute l'autorité du médecin pour que le malade consente à en continuer l'usage ; cependant je n'ai jamais rencontré une seule personne rebelle à ce moyen qui, lorsqu'on procède avec ménagement et en se conformant à certaines indications, finit toujours par être toléré ; c'est là, je le répète, le seul traitement véritablement efficace du catarrhe retro-pharyngien chronique, même lorsqu'il affecte la forme sèche et s'accompagne de l'expulsion de concrétions nasales en forme de cornets.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

SÉANCE DU 19 AVRIL.

Présidence de M. FRÉDAULT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la clinique du Dr Piedvache.

M. CRETIN : Je regrette que le temps m'ait manqué pour vous présenter une étude approfondie du compte rendu de notre excellent confrère, le docteur Piedvache. Je me bornerai donc à quelques points, ou plutôt à quelques généralités, laissant à d'autres le soin de discuter les observations en détail. Mais, avant tout, je dois complimenter M. le docteur Piedvache sur le soin qu'il a pris de donner une relation aussi exacte de tous les cas importants qui ont passé sous ses yeux, et surtout le louer de sa modestie aussi peu justifiée qu'elle lui fait plus honneur. Il n'a pas voulu intituler *clinique*, un ensemble de faits où les applications thérapeutiques se rencontrent en grand nombre et portent avec elles un sérieux enseignement. Aussi, pour vous tous, comme pour moi, cela ne diminue en rien l'importance de ces enseignements.

M. le docteur Piedvache passe rapidement en revue trois cas légers de fièvre typhoïde. « Ce sont, dit-il, de ces cas où il se peut que la thérapeutique ait d'heureux résultats, mais qui donnent des succès complets à toutes les méthodes, parce que l'expectation suffit à les guérir. »

Que l'expectation suffise à la guérison d'un grand nombre, même du plus grand nombre des fièvres typhoïdes bénignes, à marche régulière, ce n'est certes pas moi qui le contesterai. Même dans ces cas, cependant, je ne crois pas que la thérapeutique homœopathique, absolument inoffensive, soit inutile. Elle seconde, elle soutient, elle dirige la nature dans ses efforts spontanés pour amener la guérison la plus prompte et la plus complète par les voies les plus simples.

Mais il en est tout autrement de toutes les méthodes autres que l'expectation. La plus anodine n'est que trop souvent nuisible, et la plupart, certainement perturbatrices, ont des résultats déplorables, quelquefois irréparables. Vous trouverez à la page 147 de ma brochure, sur la fièvre typhoïde, une observation de M. le Professeur Vulpian, bien douloureusement instructive. Il s'agit d'une fièvre typhoïde très bénigne, que l'emploi de l'acide borique, à la dose de douze grammes par jour, pendant vingt-quatre jours, a convertie en une fièvre typhoïde grave, très prolongée ou même redoublée.

En effet, au moment où M. le Professeur Vulpian rapportait le fait à l'Académie, le sort du pauvre patient était encore en suspens. Le malade était à

son trente-cinquième jour ; il n'était pas guéri ; il est peut-être mort plus tard.

Il y a quarante ans, la fièvre typhoïde était soumise aux essais de traitements les plus divers : évacuants, toniques, dérivatifs, antispasmodiques, antiphlogistiques, etc.. A la suite des cas les plus graves, des guérisons étaient obtenues ; elles étaient dues alors, absolument comme aujourd'hui, aux efforts de l'organisme triomphant, et de la maladie, et de la médication. Comme aujourd'hui, ces guérisons entretenaient les médecins systématiques dans une erreur funeste. Il n'y a pas d'autre raison aux essais des traitements antiseptiques et antiparasitaires tentés de nos jours, sous nos yeux attristés, par des médecins de tout rang.

Je rectifierais donc la phrase de notre honorable confrère le docteur Piedvache, en supprimant ces mots : *qui donnent des succès complets à toutes les méthodes.*

M. Piedvache attribue aux triturations de *chininum sulfuricum* la guérison assez rapide d'un jeune homme atteint, pour la première fois, de rhumatisme articulaire aigu. Ce malade entrait en convalescence lorsque M. Piedvache a pris le service ; aussi notre confrère ne fait-il que résumer très brièvement l'observation.

Dans la suivante, suffisamment détaillée, le *chininum sulfuricum* est administré à la première trituration décimale, à la dose de cinq décigrammes d'abord, puis d'un gramme en vingt-quatre heures. Après une première amélioration survient une re-

crudescence heureusement combattue par *ignatia* 3° et *colchicum* 1re dilution. La guérison est obtenue le 17 septembre, le trente-troisième jour depuis l'entrée, probablement le quarantième jour depuis l'invasion de la maladie.

Un autre malade entre le 26 octobre, atteint aussi pour la première fois, mais depuis quinze jours à peu près, de rhumatisme articulaire aigu.

Il prend le *chininum sulfuricum* (1re trit. au 10e), 25 centigrammes le 27 octobre, 50 centigrammes le 28, sans amélioration. Il est soumis ensuite au *colchicum* 1re, puis à l'*ignatia* et à la *bryone* (T. M.) Au 8 novembre, treizième jour depuis l'entrée, vingt-huitième jour depuis l'invasion probable, il était mieux, le sommeil étant bon et les mouvements à peine douloureux au lit ; mais une reprise s'accusait dès le lendemain 8 novembre.

Je ne veux pas discuter ces observations, encore moins poser toutes les questions qu'elles soulèvent. Je me borne à une seule question : le *chininum sulfuricum* à la première trituration centésimale ou décimale, préconisé dans le rhumatisme articulaire aigu par M. P. Jousset, paraissant assez bien justifié par les deux premières observations de M. Piedvache, beaucoup moins par la troisième, le *chininum sulfuricum* était-il bien indiqué par la pathogénésie ?

Hahnemann ne donne aucune pathogénésie du *chininum sulfuricum*, ni dans le traité de *Matière médicale pure*, ni dans le *Traitement des maladies chroniques*. Le *chininum sulfuricum* n'est pas même

mentionné par Jahr dans ses premières éditions. Dans une des dernières, je trouve une pathogénésie de ce médicament, emprunté à un journal allemand. Elle est très écourtée. Elle ne contient, dans tous les cas, aucun symptôme se rapportant au rhumatisme articulaire aigu.

En ce qui regarde le tronc et les membres, elle n'indique comme phénomène prédominant que la paralysie des extrémités.

Le *chininum sulfuricum* ne figure pas dans la *Matière médicale* pure de Roth ; sa pathogénésie est réunie par M. P. Jousset à celle du *cinchona*.

Les symptômes appartenant en propre aux sels de quinine, par conséquent au sulfate, sont fournis par la toxicologie, et M. P. Jousset en donne un excellent résumé ; mais, dans ce résumé encore, je ne trouve aucun symptôme appartenant au rhumatisme articulaire aigu.

Hughes n'indique le sulfate de quinine et le quinquina, contre le rhumatisme articulaire aigu, ni dans ses *Eléments de Pharmacodynamique*, ni dans son *Manuel de thérapeutique selon la méthode de Hahnemann*.

La pathogénésie du quinquina ou china, démesurément étendue dans Hahnemann, fort réduite dans Jahr, reste donc le seul document auquel j'aie pu recourir pour trouver, antérieurement à M. P. Jousset, les indications de ce médicament ou de ses sels, dans le rhumatisme articulaire aigu, conformément à la loi de similitude.

Voici les seuls symptômes, recueillis par Hahne-

mann lui même, qui se rapportent au rhumatisme articulaire aigu.

258 : Battement de cœur.

274 : Les tubérosités du doigt medius sont enflées ; il ne peut pas mouvoir ce doigt, tant il est raide et douloureux.

Il emprunte à Stahl le symptôme suivant : Enflure des pieds (503) ; à Fischer cet autre : Enflure douloureuse des pieds (504).

Et c'est tout ! Tous les autres symptômes empruntés à divers auteurs (429, 434, 448, 472, 483) consistent en douleurs ostéocopes, tiraillements, tractions, tensions, vulsions (?), crampes dans les muscles, et ces symptômes s'aggravent par le toucher, à plus forte raison par le mouvement.

Hahnemann, lui, avait signalé, pour les articulations du moins, un symptôme diamétralement opposé (299) : Douleur des articulations en se tenant assis et couché ; les membres ne supportent pas qu'on les laisse en repos, de même qu'après une grande fatigue, ou une perte considérable soit de sang, soit de semence ; il faut les changer de place très souvent, et tantôt les étendre, tantôt les ployer. De même le symptôme 300 : ces douleurs contusives de toutes les articulations dans l'assoupissement du matin sont d'autant plus douloureuses qu'on les laisse plus en repos ; elles se calment par le mouvement fréquent des membres et elles cessent au réveil complet.

Il y a loin de tout cela au rhumatisme articulaire aigu.

Déjà en 1841, Jahr prenait quelque liberté avec le texte de Hahnemann. Il donne comme symptômes du *china* : le gonflement, la raideur et les douleurs des articulations des doigts ; le gonflement arthritique des genoux et des pieds avec sensibilité douloureuse au toucher, et il souligne ces derniers symptômes.

Le docteur P. Jousset, en 1884, va plus loin, et il écrit : « Le quinquina produit beaucoup de douleurs dans les membres. Ces douleurs occupent les *articulations*, les *nerfs* ou les *masses musculaires* et les *os*.

« Les douleurs articulaires peuvent s'accompagner de gonflement et de chaleur, en particulier aux genoux et aux petites articulations ; mais toutes ont pour caractère d'augmenter par le *moindre attouchement et par le mouvement.* »

Pour les symptômes de l'appareil circulatoire, M. P. Jousset est plus complet encore ; il indique : « Palpitations de cœur avec anxiété ; palpitations de cœur avec afflux de sang à la tête et extrémités froides. Pouls irrégulier ; veines gonflées ; syncopes. »

Toute cette symptomatologie du china, quinquina, cinchona et du sulfate de quinine, donnée par Hahnemann, même modifiée par Jahr, puis complétée enfin par M. P. Jousset, toute cette symptomatologie, je l'avoue hautement, ne légitime pas l'emploi du sulfate de quinine, dans le rhumatisme articulaire aigu, conformément à la loi de similitude.

De cet examen il résulte pour moi que l'emploi du *chininum sulfuricum* à très petite dose a été suggéré

aux homœopathes bien plus par ses résultats cliniques en allopathie, à haute dose, que par sa pathogénésie.

D'après M. Delioux de Savignac (*Dictionnaire encyclopédique des connaissances médicales*, article *Quinine*), « Briquet fut conduit à appliquer la médication quinique au rhumatisme, par les considérations suivantes : que le rhumatisme présente un appareil fébrile intense ; qu'il suit d'ordinaire une marche paroxystique plus ou moins accusée ; que l'élément douleur y prédomine à un haut degré. La quinine devait donc, dans son opinion, influencer avantageusement le rhumatisme par ses propriétés antipyritiques, antipériodiques et hyposthénisantes du système nerveux. »

M. Delioux de Savignac oublie, je crois, de citer Bally, comme précurseur de Briquet, dans cette voie dangeureuse. Si mes souvenirs ne me trompent pas, c'est très heureux pour Bally ; car c'est à partir de l'introduction du *sulfate de quinine* dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu que les cas mortels, jusqu'alors sinon inconnus, du moins très exceptionnels, se sont multipliés. Combien de fois ne suis-je pas revenu sur les métastases brusques et foudroyantes succédant aux douleurs et aux fluxions articulaires supprimées, comme par enchantement, par le sulfate de quinine ? Dans la même année, une dizaine de cas, dont six sont en ce moment très présents à ma mémoire, la mort foudroyante à succédé à l'administration du sulfate de quinine. C'est l'année où le ministre Billault a succombé, victime de cette

pratique, le lendemain même du jour où une dépêche avait annoncé triomphalement la disparition des douleurs après une prise de quinine. Seul, peut-être, je ne me laissai pas tromper par cette dépêche, et j'annonçai la terminaison fatale à bref délai.

Ces dénouements dramatiques n'ont pas suffi pour mettre un terme à cette médication, aussi désastreuse que celle par le salicylate de soude. C'est seulement bien des années après que M. E. Besnier, dans un de ses derniers comptes rendus trimestriels des hôpitaux, se demandait si la mortalité croissante dans le rhumatisme articulaire aigu ne devait pas être attribuée à l'abus du sulfate de quinine.

Certes, ce ne sont ni les hypothèses de Briquet, ni les funestes résultats de la médication préconisée par lui qui ont conduit les homœopathes à l'emploi du sulfate de quinine ; mais c'est un raisonnement inverse de celui des allopathes, quand ils nous empruntent nos médicaments. Si les homœopathes, disent-ils, réussissent avec leurs petites doses de *drosera* dans la coqueluche, *d'aconit*, de *bryone* dans le rhume ; de *pulsatilla* dans l'orchite, de *cyanure de mercure* et de *brôme* dans les angines pultacées et diphthéritiques, etc.., à plus forte raison réussirons-nous avec nos doses élevées. C'est le raisonnement de Guignol.

On a dit à Guignol qu'un verre de vin soutient un homme ; il en boit douze et il ne peut plus se tenir ; il tombe ; il se récrie ; il se redresse, il retombe ; il proteste et il ne peut plus se relever. C'est encore le raisonnement du paysan : il voit, au restaurant, un

monsieur prendre une très petite quantité de moutarde sur la pointe d'un couteau ; ça doit être bien cher, se dit-il, puisque ce monsieur en prend si peu ; si ça est cher, ça doit doit être bien bon. Aussitôt il en fait une tartine, et, ne voulant pas en avoir le démenti, il l'avale. L'histoire ne dit pas s'il a succombé à la vésication du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac ; mais elle dit que les allopathes réussissent aussi bien que lui et que Guignol dans leurs essais.

Heureusement les homœopathes ne sont pas, comme Guignol, comme le paysan et comme les allopathes, pour les fortes doses. Il se sont dit : Si, dans le rhumatisme articulaire aigu, avec leurs doses massives, les allopathes font disparaître la douleur et les fluxions articulaires, mais au prix des plus grands dangers, des aggravations les plus redoutables, et, trop souvent, de la vie, nous, avec nos petites doses inoffensives, nous obtiendrons l'amélioration, la guérison, sans aucun effort perturbateur ou pathogénique.

Je ne dis pas qu'ils se sont trompés du tout au tout. Ils ont eu raison au moins sur un des deux points ; ils n'ont pas, que je sache, produit le moindre accident, même avec un décigramme de sulfate de quinine ; cette dose n'a eu d'autre inconvénient qu'une amertume extrême devant laquelle n'ont pas reculé des malades dociles et courageux. Quant aux améliorations et aux guérisons, je ne les vois pas aussi clairement. Je veux bien les admettre ; mais je ne les tiens pas pour une démonstration de la loi de

similitude, de la loi des indications. L'indicat ion est tirée *ab usu in morbis* ; pourquoi ne pas le reconnaître hautement ? Elle peut être bo nne en vertu d'une proposition réciproque dont j'attends encore la preuve rigoureuse. Jusque-là, je n'attribue pas les succès à l'homœopathie scientifique, mais bien à l'homœopathie par à peu près.

Je ne discuterai pas la question des doses. Notre honoré confrère, le docteur Piedvache l'a traitée avec une grande hauteur de vues aux pages 596 et 597, et, en même temps, avec un vrai libéralisme scientifique. Il n'a pas hésité à constater, dans l'observation IV, que, là où la 3e dilution de *colchique* était insuffisante, la 1re se montrait bien plus efficace contre le souffle présystolique. Il a mis en évidence, dans l'observation VII, l'efficacité de la teinture de *china*, à la dose de cinq grammes contre l'érysipèle, son insuffisance à la dose de deux grammes seulement, à plus forte raison de dix gouttes. Enfin, il a reconnu, comme mon excellent ami le docteur Jousset l'a fait plus tard, dans sa clinique, qu'une hémoptysie rebelle aux dilutions de *millefolium*, a promptement cédé à la teinture-mère de ce médicament.

M. Piedvache a eu raison de faire sur ce point une réserve prudente. Nous nous garderons bien de dire, ce sont ses propres expressions, qu'il en sera toujours ainsi, et qu'il est logique de conclure du particulier au général. » Mais il me sera bien permis d'ajouter : Plus on étudiera avec des observations, les cas particuliers, et plus on se convaincra qu'il en est le plus souvent ainsi.

M. Piedvache. — Je remercie M. Crétin de sa bienveillance et des remarques précieuses qu'il a faites sur divers points de mon travail.

Quant au *chininum sulfuricum*, je crois que les premiers homœopathes qui l'ont employé l'ont fait à cause de l'*usus in morbis*. Dans ma clinique, je cite des cas où il a échoué et dans lesquels j'ai dû recourir à d'autres médicaments.

Pour la question des doses, il n'y a pas de règles générales, positives ; c'est une affaire de clinique, d'observation.

M. Frédault. — J'ai lu avec le plus grand intérêt la clinique de notre excellent confrère, qui a fait preuve d'une très grande modestie et par le titre qu'il a donné à son travail et par l'abstention volontaire des cas chirurgicaux ; il aurait bien pu nous donner ses observations à ce sujet et on aurait pu constater ainsi le bien qu'il a fait à ses malades : le Dr Piedvache est aussi bon chirurgien que bon médecin, il est habile *in utroque jure*.

Je n'ai, au point de vue des observations, que peu de chose à dire ; je ferai cependant deux remarques. La première au sujet de l'emploi du *sulfate de quinine* dans le rhumatisme ; c'est un médicament dont j'ai usé jusqu'ici par tradition. Je l'ai vu employer et par les homœopathes et par les allopathes ; j'ai recherché ses indications dans les pathogénésies ; elles m'ont paru minces ; cependant, il y a dans Jahr des renseignements suffisants pour en autoriser l'usage. Mon ami Cretin a dit que la traduction de Hahnemann par Jahr n'est pas exacte, je dois dire

que je m'en suis contenté. Le *chininum sulfuricum* a une action positive sur les articulations, action bien manifeste dans le rhumatisme et la goutte ; il est vrai que dans ces deux maladies il y a de l'intermittence, du mouvement fébrile et un rhythme incontestable de fluxions, d'impulsion morbide, comme dans l'érysipèle où il est indiqué par la localisation sur la peau et par le mouvement fébrile. Il y a des cas cependant où il échoue, et, dans l'érysipèle, le *china* paraît mieux réussir que le sulfate de quinine.

Je serais disposé à croire que dans ces maladies, il y a des individualités différentes et des indications différentes. Chez les rhumatisants, par exemple, le rhythme n'est pas toujours réglé ; il peut y avoir des inégalités dans le retour des mouvements fébriles ; dans ces cas, le sulfate de quinine aura moins d'action ; il peut rendre cependant de très grands services dans la goutte. Je n'ai pas d'idée fixe sur sa dose ; cependant, je sais par expérience qu'il est dangereux à trop haute dose ; un gramme est trop ; on peut obtenir beaucoup de bien avec 0,25 ou 0,50 ; les premières triturations sont peu efficaces, sauf dans les cas bénins ; il vaut mieux le donner en nature.

J'ai essayé plusieurs médicaments en me basant sur leurs localisations ; *rhus* répond très bien ; *menyanttes trifol.* aussi.

Aconit et *bryon.* donnent peu de résultats, quoiqu'ils aient été très vantés au début de l'homœopathie.

M. Piedvache nous a parlé du *colchique* qui lui aurait réussi avec *ignatia* ; quant à moi, je n'en ai pas

obtenu grand'chose ; c'est un médicament articulaire, qu'on est tenté d'employer ; dans le rhumatisme, il m'a toujours fait défaut. Il est très bon dans la goutte, mais il faut l'employer à la 1re décimale ou à la teinture mère. Dans le rhumatisme il produit peu de chose. Je regrette que nous n'ayons pas un travail sur ce sujet traitant des médicaments appropriés au rhumatisme.

Je voudrais dire un mot d'une malade dont M. Piedvache rapporte l'autopsie et qui était dans le service pendant mon trimestre. C'était une pauvre pleurétique, que je n'eus pas la consolation de guérir. Je ne me rends pas bien compte du cancer que notre confrère a trouvé à l'autopsie ; si je me souviens bien, il y avait des traces de vieille pleurésie, le poumon était réduit à un moignon au centre duquel était une matière jaunâtre molle assez semblable à des carcinomes ; deux ou trois noyaux analogues se trouvaient sous le péricarde, sur la fibre du muscle cardiaque. M. Piedvache a pensé à un encéphaloïde ; je regrette que l'examen microscopique n'ait pas été fait. Je me souviens d'une époque où je faisais de l'histologie ; la matière plastique qui s'épanche dans les inflammations contient deux espèces de cellules ; des cellules fusiformes et des cellules plates ; ces cellules forment des dépôts qui se ramollissent et sont d'une couleur jaunâtre. Dans certains cas de cancer on trouve des parties ressemblant à des tourbillons jaunâtres. Je pense que ce qu'on a trouvé au centre du poumon pouvait bien être quelque chose d'analogue.

M. PARTENAY. — Je ne me souviens pas bien de cette observation ; a-t-on fait une ponction ? Y avait-il du liquide à l'autopsie ?

M. PIEDVACHE. — Il y avait une complète synéchie de la plèvre et du péricarde. L'histoire clinique de la malade a été très intéressante. Je l'avais vue dans le service du Dr Jousset ; il y avait un épanchement qui s'est résorbé lentement ; la matité a diminué pour reparaître. Lorsque M. Frédault a pris le service, il y avait un épanchement qui se résorba ; mais la respiration ne revint pas et pendant le trimestre du Dr Tessier, il devint évident qu'on était en présence de sclérose pulmonaire.

Il y avait à l'autopsie une sclérose de toutes les couches périphériques du poumon ; ce que j'ai cru du cancer était au centre des lobes. Il me semble que la sclérose était antérieure au cancer, qui était très vasculaire. Il est difficile de croire que le cancer ait été la cause de la sclérose et de la pleurésie ; car il était trop central ; dans les cas où les cancers déterminent des pleurésies, c'est qu'ils atteignent la plèvre ou la paroi costale ; en outre, le cancer du poumon est considéré comme ayant une évolution rapide, comme s'accompagnant d'hémorrhagies ; et il n'y en a pas eu dans ce cas.

M. PARTENAY. — J'ai deux cas de cancers du poumon dans mes souvenirs : un, dans lequel le malade fut long à mourir, après avoir présenté des signes de pleurésie chronique ; la teinte jaune paille nous a fait penser au cancer. L'an dernier, je vis un homme de 35 ans un peu alcoolique ; après 28 jours d'u-

ne pleurésie qui résistait à tous nos traitements, je fis un thoracenthèse qui donna un litre et demi de liquide sanguinolent. Le malade fut soulagé, puis la gêne revint, la matité et l'obscurcissement du murmure respiratoire reparurent ; je fis une 2e thoracentèse qui ne donna pas même 1/2 litre de liquide analogue au premier. Je me demandai si la pleurésie n'était pas cloisonnée et si on ne devait pas refaire la ponction ; cependant j'attendis ; au bout de mon trocart je sentais une surface rugueuse, inégale ; quatre ou cinq jours après, les symptômes étant revenus, je fis venir un chirurgien des hôpitaux pour faire l'empyème, espérant soulager mon malade. Il rejeta l'empyème, fit une nouvelle ponction, qui donna le même résultat que la précédente, sauf que le liquide contenait des bulles d'air. Le malade mourut trois jours après.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée.

Séance du 17 mai.

Présidence de M. Frédault.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la clinique du Dr Piedvache et du traitement du rhumatisme.

M. Jousset. — Je voudrais parler sur une question incidente, sur l'emploi du sulfate de quinine et du quinquina dans le rhumatisme.

Est-ce la pathogénésie qui a inspiré cet emploi ?

Est-ce un emprunt à nos adversaires ? En 3e lieu, l'usage du sulfate de quinine dans le rhumatisme est-il conforme à la loi de la similitude ? Telles sont les trois questions que je voudrais développer.

Je trouve la première question peu importante si ce n'est au point de vue historique. Si la loi de similitude est vraie on trouvera souvent que des médicaments qui nous sont indiqués tout d'abord par l'*usus in morbis* produisent bien les symptômes qu'ils guérissent et les travaux pathogénétiques consécutifs viendront souvent démontrer qu'ils agissaient d'après la loi des semblables.

Ainsi, l'emploi de *cantharis* dans la pleurésie provient de l'*usus in morbis*; les expériences sur les animaux ont démontré que des applications de vésicatoires répétées produisaient une inflammation des plèvres et des fausses membranes.

Quant à la question de l'emprunt, il est bien certain que les impressions que j'ai recueillies dans ma jeunesse médicale sur l'emploi du sulfate de quinine dans la goutte et le rhumatisme ont influé sur moi ; il en est du reste de même pour plusieurs d'entre vous.

Pour le 3e point, je soutiens l'homœopathicité du sulfate de quinine ou du quinquina au rhumatisme.

Voici, à l'appui, divers symptômes empruntés au traité de Matières médicales de Hahnemann (3e volume, trad. Jourdan, 1834).

« Les tubérosités du doigt médius sont enflées ; il ne peut pas mouvoir ce doigt, tant il est raide et douloureux.

« Douleur vulsive dans le genou droit.

« Douleur comme de contusion dans le genou au moindre mouvement.

« Douleur au côté de la rotule en y touchant.

« Douleur tiraillante dans l'articulation du coude gauche, plus forte pendant le mouvement.

« Élancement dans l'articulation du coude gauche. »

Je me bornerai à ces quelques symptômes; il y en a d'autres dans lesquels la douleur est aggravée par le repos, tandis que j'aurais donné comme caractéristique, l'aggravation par le mouvement ; or, dans mon 2e volume de clinique, j'ai dit que le quinquina produit les deux espèces de douleurs : douleurs aggravées par le mouvement; douleurs aggravées par le repos ; leur principal caractère est d'augmenter par l'attouchement. Voici une phrase de Hahnemann qui donne absolument le résumé de la question et qui est conforme à ce que j'ai écrit : « Quoique le mouvement de la partie soit, après les attouchements, ce qui exalte et augmente le plus souvent les douleurs et les symptômes ; cependant on observe assez fréquemment aussi un effet alternant, d'où résulte qu'elles sont apaisées et calmées par le mouvement ou même qu'elles se manifestent surtout pendant le repos. »

En résumé, le quinquina produit des douleurs articulaires ; il est donc homœopathique à la goutte et au rhumatisme.

M. Cretin.— Sur les considérations, de très grande valeur, je le reconnais, que vient de présenter M. P. Jousset, je ne ferai que deux remarques. La patho-

génésie du *china* et du *sulfate de quinine*, telle que M. P. Jousset vient de la résumer, en ce qui regarde le rhumatisme articulaire aigu, n'est ni plus riche, ni plus précise que celle que j'ai discutée dans une précédente séance. Elle confirme mes réserves et ma critique. Tous les symptômes énumérés par M. Jousset représentent bien plus, comme je l'ai dit, des douleurs musculaires que des douleurs articulaires. Un seul, consistant dans une nodosité articulaire du médius, peut se rapporter au rhumatisme déformant ou à la goutte ; il ne rappelle nullement la fluxion articulaire du rhumatisme aigu.

En second lieu, je n'ai jamais pensé, je n'ai jamais dit, que mon si éminent confrère et ami, le docteur Jousset, eût donné le *chininum sulfuricum* comme un spécifique du rhumatisme articulaire aigu. Ma communication sur ce sujet, que j'ai revue avec soin pour vos procès-verbaux, ne contient rien de semblable.

A propos de la clinique de notre confrère, le Dr Piedvache, M. le docteur F. Frédault nous a cité le colchique et le sulfate de quinine parmi les médicaments qu'il a trouvés les plus utiles dans le rhumatisme articulaire aigu.

En ce qui regarde le premier de ces médicaments, M. F. Frédault nous a dit que les dilutions s'étant montrées très peu efficaces entre ses mains, il donne la préférence à la teinture mère dont il faut même administrer une certaine quantité, si on veut obtenir un résultat favorable.

Quant au sulfate de quinine, M. F. Frédault n'en

a obtenu de bons effets qu'à la dose de cinq décigrammes à un gramme.

Les faits ont été bien observés par mon excellent ami, et je suis parfaitement d'accord avec lui sur ce point ; mais je regretterais profondément que les indications qui paraissent en découler, fussent généralisées dans la pratique ; cela pourrait avoir, bien contre son gré, de déplorables conséquences.

J'ai bien vu, il y a déjà trente ans, les dilutions de colchique n'exercer aucune influence sur les douleurs et les fluxions articulaires du rhumatisme aigu ; mais j'ai vu, dans le même temps, ces mêmes douleurs et fluxions céder rapidement à la teinture-mère, et être remplacées par des complications viscérales d'autant plus graves que l'amélioration avait été plus brusque. Chez une femme que je soignais, rue Taitbout, en même temps que disparaissaient les douleurs et les fluxions, éclataient des douleurs gastralgiques très violentes, avec céphalalgie intense allant presque jusqu'aux troubles intellectuels ; et je n'avais fait prendre à la malade que quelques gouttes de la teinture mère d'une pharmacie homœopathique. En 1848 j'avais contracté, sous l'influence d'un teinture de bulbes, très bien préparée par un pharmacien de mes amis, une gastro-entérite qui ne céda qu'après plus de six mois de souffrances, d'affaiblissement et d'amaigrissement graduel. En 1856 ayant vu, sur la malade dont je viens de parler, les effets de la teinture mère homœopathique, j'essayai cette teinture sur moi-même, à la dose, bien faible en apparence, de quatre gouttes dans quatre

cuillerées à soupe d'eau pure dans les vingt-quatre heures. Après six jours de cet essai, je dus le suspendre, fatigué par des douleurs d'estomac et d'entrailles, de l'inappétence, des digestions laborieuses et de la diarrhée avec ténesme, absolument comme je l'avais été en 1848.

Dans la goutte, la suppression prompte ou brusque des fluxions et des douleurs articulaires est encore plus dangereuse que dans le rhumatisme aigu. J'ai vu, autour de moi, un très grand nombre de cas où elle a eu les suites les plus funestes, et, dans quelques-uns, entraîné la mort subite.

Aussi, depuis trente ans, ai-je exclu la teinture mère de colchique, et même les dilutions, de ma pratique, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, sauf contre l'endocardite où ce médicament est indiqué par la pathogénésie et consacré par la clinique, à la 3me et même à la 1re dilution centésimale.

Je suis plus sévère encore pour le sulfate de quinine. J'en ai dit déjà les raisons, à la dernière séance. J'ai parlé des six cas où, à ma connaissance, dans la même année, il a, en supprimant les douleurs et les fluxions articulaires, déterminé la mort. J'ai cité, parmi ces six cas, celui du ministre Billaut ; je vais vous rapporter sommairement les cinq autres.

Un de mes voisins, rue d'Aumale, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, prend du sulfate de quinine ; les douleurs et les fluxions cèdent comme par enchantement, aux applaudissements de tout l'entourage, à la grande satisfaction du médecin, et à

la joie plus grande encore du malade. Celui-ci meurt la nuit suivante, au milieu d'un sommeil paisible.

M. L..., chef de bataillon d'un régiment d'infanterie, veuf, habitait, avec sa fille, à l'école militaire. Le père et la fille sont pris, presqu'en même temps de rhumatisme polyarticulaire très douloureux, soignés par le même médecin, soumis l'un et l'autre au sulfate de quinine. Après la prise du médicament, les souffrances de M. L.... cessent brusquement ; il recouvre toute la liberté de ses mouvements ; dans sa joie, à l'entrée d'une de ses vieilles parentes venant le voir, et pour lui montrer mieux sa guérison, il l'embrasse en l'entourant de ses bras nerveux ; il meurt dans la nuit. Le lendemain au matin, sa fille, aussi délivrée de ses douleurs et de ses fluxions articulaires, succombe à son tour.

Le cocher d'un de mes clients est pris de rhumatisme polyarticulaire très aigu, à la campagne. Un médecin très distingué du voisinage prescrit le sulfate de quinine. Un mieux tel s'ensuit que le malade ne veut absolument pas que sa femme le veille la nuit. A trois heures du matin, n'ayant entendu, de la chambre voisine, son mari faire aucun mouvement, la pauvre femme s'approche sans bruit ; elle n'entend pas la respiration du malade ; elle allume une bougie ; son malheureux mari ne respirait plus en effet ; il était mort.

Un de nos confrères et de mes meilleurs amis me dit un jour : « Je soigne une malade d'un rhumatisme articulaire aigu contre lequel toutes les prescriptions allopathiques ont échoué. Appelé hier, au-

près d'elle, je lui ai donné de la *bryonia* ; aujourd'hui elle est déjà mieux. »

— Sais-tu, lui demandai-je, si on lui a fait prendre du sulfate de quinine ? — On n'y a pas manqué, me répond-il ; je crois même qu'on lui en a fait prendre encore avant-hier. — Prends garde à la mort subite, lui dis-je, en lui serrant la main et en lui disant au revoir. — Le lendemain, la malade était morte subitement.

Je n'en finirais pas si je vous rapportais tous les accidents de même nature, dont j'ai eu connaissance depuis vingt-cinq ans. Et, par malheur, ils se sont singulièrement multipliés depuis l'emploi du salicylate de soude.

Chose digne de remarque : pour les trois médicaments, colchique, sulfate de quinine et salicylate de soude, qui, à haute dose, suppriment brusquement les douleurs et les fluxions articulaires, ni la toxicologie, ni la pathogénésie, ne donnent une localisation articulaire caractéristique.

Il n'en reste pas moins que leur administration est d'autant plus dangereuse que la dose est plus élevée et le succès apparent plus prompt. Il y a pis ; alors même que le succès fait défaut et que les douleurs et les fluxions articulaires persistent, le danger n'en subsiste pas moins pendant un certain temps.

M. F. Frédault a donc essayé le sulfate de quinine aux doses de cinquante centigrammes et même un gramme, comme la teinture-mère de colchique, dans le rhumatisme articulaire aigu ; il a été assez heu-

reux pour n'en constater que les bons effets, sans aucun accident.

Il a essayé aussi l'*aconit*, la *bryone*, le *rhus* et, en dernier lieu, le *menyanthes*, mais avec des résultats si incertains ou si peu satisfaisants que, selon lui, le vrai traitement homœopathique du rhumatisme est encore à trouver.

Eh quoi ! nous opposons l'homœopathie comme la thérapeutique la seule rationnelle, comme la thérapeutique positive, aux tentatives décevantes et malheureuses de l'allopathie, et nous en sommes encore aux essais dans le rhumatisme articulaire aigu ! Est-ce que l'homœopathie est vouée, elle aussi, comme sa rivale, aux essais empiriques ? Allons-nous rivaliser, pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu, avec MM. Vulpian, Hayem, Dujardin-Beaumetz, en essayant l'acide borique, le salycylate de soude et de bismuth dans la fièvre typhoïde, les injections intra-veineuses dans le choléra, l'antipyrine, la thalline, dans toutes les pyrexies, etc., etc. ? Je ne le pense pas, et c'est pourquoi j'ai proposé à votre examen le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Je suis convaincu que la discussion en fera ressortir les données positives et nous donnera les raisons des tentatives infructueuses, des incertitudes et des doutes, qui entretiennent une certaine confusion et m'affligent, si elles ne me surprennent pas.

M. Frédault.— Je suis très heureux de l'intervention du Dr Cretin, à propos du traitement du rhuma-

tisme ; cela nous fera peut-être mieux connaître ce traitement qui n'est pas encore formulé.

Je n'ai pas dit qu'il n'y ait pas de médicaments contre le rhumatisme articulaire ; je crois seulement qu'il faut préciser les indications. M. Jousset nous a donné un certain nombre d'indications ; mais ce n'est pas un travail d'ensemble sur ce sujet. Le Dr Cretin dit que j'ai conseillé le *colchique* dans le rhumatisme ; c'est une erreur : j'ai dit, au contraire, qu'il ne m'avait rien produit et que je le conseillais dans la goutte ; j'en donne 5 à 8 gouttes de teinture mère ; mais il faut aller progressivement. Le Dr Cretin croit ce médicament dangereux ; cela est vrai pour les doses très fortes.

Ainsi, 5 à 8 gouttes calmeront les douleurs de la goutte, tandis que 20 à 30 gouttes pourront déterminer des phénomènes métaptotiques, comme ceux qui se produisent naturellement dans cette maladie. On a accusé des médicaments particuliers ; mais il faut savoir que la goutte et le rhumatisme ont des formes métaptotiques, qui présentent dès le commencement de la maladie des affections secondaires : bronchites, excitation nerveuse ; subdelirium ; ces accidents sont produits par la maladie et non par le traitement ; cependant si celui-ci supprime trop rapidement les douleurs, il pourra augmenter le caractère métaptotique de la maladie et amener méningite ou endocardite, ou bien bronchite ; on a même cité des congestions du foie. Vous pouvez obtenir ces accidents en employant *colchique* et *sulfate de qui-*

nine; ils peuvent survenir en dehors de l'action de ces médicaments.

Il faut reconnaître que ces médicaments ont une localisation sur les jointures, puisqu'ils ont une action aussi marquée sur les douleurs. J'ai vu autrefois donner 2, 3, 4 gr. de sulfate de quinine dans le rhumatisme ; je l'ai vu faire sans métaptote grave ; certes, on pourra en trouver quelques-unes, mais sans qu'on puisse les attribuer spécialement à l'action du médicament.

Je donne le sulfate de quinine 0,25 le matin et autant le soir ; quelquefois 0,50 le matin et 0,25 le soir. Il agit aussi bien ainsi qu'à plus haute dose. — Je donne souvent en même temps un des autres médicaments du rhumatisme.

En résumé, la haute dose peut favoriser la métaptose, mais non l'amener ; les faits graves cités par M. Cretin ne sont pas contestables. On avait donné des doses trop fortes.

M. Cretin.— Je n'ai pas dit que les métastases méningitiques dans le rhumatisme articulaire aigu ne sont dues qu'au sulfate de quinine et aux autres médicaments de même valeur, employés à haute dose et à contre-temps. Je ne nie pas que ces métastases puissent se produire au cours d'un rhumatisme traité par l'expectation ou par la médication homœopathique. Mais, dans ces deux derniers cas, elles sont tellement rares, tellement exceptionnelles, qu'il en était à peine fait mention dans les auteurs avant l'emploi du sulfate de quinine. Pour mon compte, ayant suivi pendant trois ans la clinique de Forget,

à l'hôpital de Strasbourg, où le rhumatisme est, en quelque sorte, endémique, je n'avais jamais vu cette maladie se terminer par la mort avant mon arrivée à Paris. Aussi, quelle ne fut pas ma surprise alors, de voir plusieurs décès se succéder, à la Pitié, où Bally et Briquet venaient d'introduire le sulfate de quinine dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu? Ces faits me frappaient singulièrement, et ceux observés depuis sont venus malheureusement me confirmer dans l'opinion que le sulfate de quinine à haute dose favorise, — provoque même les métastases méningo-encéphaliques dans le rhumatisme articulaire aigu.

Je ne nie pas que l'endocardite n'accompagne très souvent le rhumatisme articulaire aigu ; que l'inflammation, persistant à une ou plusieurs articulations, ne s'étende aux séreuses cardiaques. Je reconnais que cette extension par métaptote est, hélas! trop fréquente. Mais, quand les séreuses cardiaques n'étant pas entreprises, elles sont brusquement envahies, les fluxions et les douleurs articulaires ayant été supprimées brusquement par le sulfate de quinine ou le salicylate de soude, à haute dose, il y a métastase pathogénique, et le sulfate de quinine, le salicylate de soude en sont certainement responsables.

Je reviendrai sur ce point dans une prochaine séance. Pour le moment, il me suffit que M. F. Frédault admette ces métastases possibles sous l'influence de ces médicaments supprimant rapidement les douleurs et les fluxions articulaires.

M. Tessier. — Il est peu de maladies contre lesquelles l'homœopathie paraisse aussi bien armée que le rhumatisme articulaire aigu ou chronique. Cette richesse de médicaments est, à mon avis, un indice de faiblesse, car elle prouve qu'il n'en existe pas d'une valeur absolue et qui se montre absolument héroïque. L'idée de pneumonie appelle *bryone*, celle de dysenterie est liée au *corrosivus*, la dyspepsie flatulente et surtout la bradypepsie éveillent la pensée sur *nux vomica*, le rhume est guéri par l'*aconit*. En un mot, certaines maladies ressuscitent en notre esprit, par leur simple appellation, l'idée d'un, ou tout au moins d'un petit nombre de médicaments, qui se montrent presque toujours suffisants à en opérer la cure suivant les trois principes anciens *tuto cito et jucundi*.

Il n'en est point de même dans le rhumatisme, et bien que j'aie vu souvent la médication hahnemannienne couronnée de succès rapides et indiscutables, souvent aussi je l'ai vue échouer, ou tout au moins agir avec une certaine lenteur qui ne permettait pas à l'observateur impartial et désintéressé de saisir l'influence des remèdes avec cette clarté que nous sommes habitués à rencontrer si souvent, lorsque les doses infinitésimales peuvent donner tout leur effet.

Sans doute, comme vous tous, messieurs, j'ai vu l'*aconit*, la *bryone*, l'*actea racemosa*, le *colchicum*, la *pulsatilla*, le *rhus toxicodendrum*, guérir très rapidement des cas de rhumatisme aigu, de même que dans les formes chroniques, qui pour un cer-

tain nombre d'entre vous doivent rentrer dans le cadre de la goutte, j'ai été souvent émerveillé de l'action du *china*, de *ledum palustre* et d'autres médicaments précieux. Mais je dois avouer que j'ai vu, dans un certain nombre de circonstances, relativement fréquentes, les douleurs et la fièvre persister sans modifications apparentes et rapides.

Quoi qu'il en soit et avant ces dernières années, je trouvais le traitement homœopathique bien supérieur à celui de l'École, qui consistait, comme vous le savez, en moyens plus ou moins empiriques, tels que le nitrate de potasse, les diurétiques et les calmants, ou bien en moyens dangereux tels que l'émétique, le sulfate de quinine à haute dose et autrefois en saignées coup sur coup, locales et générales. Je ne signale que pour mémoire la prophylamine et la triméthylamine aussi vite oubliées qu'elles avaient été exaltées par Dujardin-Beaumetz et quelques autres thérapeutistes.

Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, et depuis l'emploi de l'acide salicylique et surtout du salicylate de soude, on peut affirmer énergiquement que le traitement du rhumatisme articulaire est aussi bien et aussi solidement établi que celui de la syphilis par l'iode et le mercure, et que celui de la fièvre intermittente par le sulfate de quinine.

En venant affirmer ici ma conviction, je sais que je vais soulever des critiques de la part de ceux qui font passer l'esprit de secte avant tout, et qui, en médecine, sont de cette école qui, dans la sphère politique et gouvernementale, s'écriaient : « *Péris-*

sent les colonies plutôt qu'un principe! » Quant à moi, j'avoue n'être pas sensible aux objections de ce genre et il m'importe fort peu qu'un remède soit allopathique, homœopathique ou même empirique lorsqu'il est bon, et que sa valeur est confirmée par des millions et des milliards d'observateurs.

Sans doute, au point de vue scientifique, il est désirable de voir les médicaments agir d'après une loi définie, et c'est pour cette raison que nous aimons à appliquer nos remèdes suivant la loi posée par notre maître Hahnemann. Il n'y a pas là une satisfaction banale, mais le contentement d'hommes de science agissant et opérant suivant une règle scientifique, et non d'après les impulsions d'un esprit plus ou moins inventif ou les données d'un empirisme dont le succès est la seule justification. Malheureusement la thérapeutique est une science contingente, on ne peut lui demander la certitude mathématique ou géométrique.

Il n'est pas discutable qu'éclairés par le flambeau lumineux de la loi de similitude, nous pouvons, disciples de Hahnemann, éviter bien des écueils contre lesquels se brisent les médications systématiques et hypothétiques de l'école, mais il est des cas où, sans qu'il soit possible de l'expliquer, ou bien parce que notre méthode n'est pas encore suffisamment complétée dans ses applications, nous échouons ou tout au moins nous voyons nos résultats inférieurs à ceux de la médecine traditionnelle. Dans ces cas-là, je l'avoue, je n'hésite pas à recourir aux procédés classiques. En cela, je ne crois pas démériter, car de

même qu'avant d'être Normands, Bretons, Auvergnats ou Gascons, nous sommes surtout Français, de même, avant d'être homœopathes ou allopathes, nous sommes surtout médecins.

Pardonnez-moi, messieurs, cette petite digression; j'en reviens à l'application du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, et je dis à mon savant collègue M. le docteur Cretin que je ne comprends pas sa répugnance pour ce remède. Je lui accorde que le sulfate de quinine administré comme il le fut autrefois par Briquet et Monneret à la dose de 2 et 4 grammes par jour a pu se montrer dangereux, quoiqu'il ne faille pas mettre sur le compte du médicament tous les cas d'accidents cérébraux graves qui sont une des complications du rhumatisme articulaire aigu, et peuvent se produire en dehors de toute médication.

Pourtant un certain nombre de médecins d'hôpitaux, et je parle de ceux-là parce qu'ils ont un plus grand nombre de cas de rhumatisme à traiter et peuvent mieux se faire une conviction sur la valeur d'une médication, un certain nombre de ces médecins, dis-je, avaient laissé complètement de côté l'usage du sulfate de quinine, parce que ce remède leur avait paru dangereux. Au contraire, depuis 1876, époque à laquelle Stricker appliqua l'acide salicylique que Kolbé et Lanteman venaient de découvrir par voie de synthèse en agissant sur le phénol ; depuis 1877, année où le professeur G. Sée fit à l'Académie de médecine, une communication retentissante en Israélite habile et perspicace qui voyait là une mine d'or

à exploiter, de laquelle il était bon de s'approprier les premiers filons, nous avons assisté à la généralisation de l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Chose rare, nous avons assisté à la presqu'unanimité d'éloges de la part des médecins de tous les pays à l'égard de cette médication. Ce seul fait est pour moi le plus grand éloge que l'on puisse donner à la médication nouvelle. Sans doute, il y a eu des accidents, et cela tient à la brutalité et à l'inexpérience avec laquelle certains médecins employèrent le salicylate de soude. On en vit qui l'administrèrent jusqu'à 10 et 15 grammes par jour d'emblée, sans même tâter la susceptibilité de leurs malades. Mais les thérapeutistes sérieux, les hommes soucieux de leur art et du respect qu'on doit aux malades, ceux qui ne se sont pas livrés au dévergondage d'expérimentation *in anima vili* n'ont pas eu de malheurs graves à enregistrer.

Pour moi, je n'ai jamais dépassé la dose de quatre grammes par jour, un gramme toutes les six heures, dans une tasse à café de grog léger ou de sirop d'écorce d'oranges, afin de masquer le goût désagréable et âcre du médicament. A cette dose et souvent à une dose moitié moindre, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants et sinon constants, du moins assez nombreux pour que je puisse considérer le traitement du rhumatisme articulaire aigu comme aussi bien établi que l'est celui de la fièvre intermittente par le *sulfate de quinine*, de la pneumonie par la *bryone*, de la dysenterie par le *mercure corrosif*, de

la variole par le *mercure* et l'*iode*. Cela ne veut pas dire que dans ces diverses maladies d'autres remèdes ne peuvent et ne doivent être appliqués dans certains cas et suivant les indications individuelles. J'en dirai autant pour le rhumatisme. Son médicament capital est le salicylate de soude. Les autres remèdes pourront lui être substitués, ou venir compléter son action, mais il est le remède le plus certain, celui dont l'effet se produit le plus rapidement et nul autre, à l'heure présente, ne peut lui être comparé.

M. Piedvache. — Je demande à ajouter, sur l'histoire thérapeutique du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, quelques renseignements empruntés aux *New Remedies* du Dr Hale (4e éd.), parce que cet auteur me semble avoir très complètement étudié la question.

Frappé, en 1876, par les succès des allopathes, Hale essaya lui-même l'*acide salicylique* dans des cas très aigus de rhumatisme, en donnant 50 centigrammes toutes les trois heures. Il obtint ainsi des résultats surprenants : la chute de la fièvre et des fluxions articulaires après 5 ou 6 doses. Etonnement et scandale des homœopathes purs (*stricter*). L'auteur répond qu'il a suivi la règle du bon sens, celle que donne Hahnemann lui-même, que pour vérifier une assertion expérimentale, il faut commenter par répéter l'expérience dans les conditions exactes et précises où l'on assure avoir réussi une première fois.

Dans les cas légers ou peu graves, Hale a essayé des doses plus faibles :

1° 25 centigrammes toutes les quatre heures : soulagement rapide et guérison, vers le 7e jour, de rhumatismes peu intenses ;

2° 25 centigrammes de la 1re trituration au 10e, toutes les deux heures : amélioration lente, résolution incomplète ;

3° 50 centigr., toutes les trois heures, de la 3e au 10e : échec complet.

C'est alors que, devant l'insuffisance notoire des doses très atténuées, notre confrère américain a adopté et formulé la règle suivante :

Donner, toutes les deux heures, de 25 centigrammes de la substance (dose maximum) *à 25 centigr. de la 1re trituration au 10e, suivant l'intensité des arthrites et du mouvement fébrile.*

Le Dr Hale ajoute qu'en procédant ainsi, il n'a jamais observé d'accidents, et réussit à abréger beaucoup la durée de la maladie. Enfin, il compare l'action du salicylate dans le rhumatisme aigu à celle du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, tous les deux ayant besoin d'être donnés à une dose pondérable.

Nous nous bornons à signaler ici une opinion, à consulter, sans vouloir la discuter le moins du monde ; mais nous n'ignorons pas à quel point les conclusions des différents observateurs sont contradictoires.

Quant au danger du salicylate, et pour nous en te-

nir encore aux auteurs américains, ALLEN rapporte un cas de mort après 4 doses, probablement de 4 grammes chacune, de la substance.

Enfin, les renseignements pathogénétiques sur l'acide salicylique et ses sels sont à peu près nuls. C'est ainsi que le Dr CHASE n'a obtenu aucun effet physiologique, sur l'homme sain, de 25 centigrammes de la substance. Avec la 3me au 10me, il aurait observé, au contraire, des douleurs mobiles dans divers muscles, avec sensibilité à la pression (?). Sous toutes réserves.

M. FRÉDAULT. — Je voudrais ajouter un mot : M. Cretin est étonné de voir les rhumatismes plus difficiles à guérir à Paris qu'à Strasbourg ; cela prouve qu'il faut dans les statistiques tenir lieu du temps, des lieux et des saisons ; car dans le rhumatisme vous pourrez avoir des séries favorables et des séries graves avec les mêmes médicaments. Il y a aussi des formes différentes de la maladie suivant les temps et les lieux, pouvant tenir aux prédispositions de la race.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée.

CLINIQUE MÉDICALE

Obs. V. — PNEUMONIE DU SOMMET.

Je ne saurais, après avoir donné l'observation de M. L....., passer sous silence, sans cependant entrer dans de grands détails, une pneumonie du sommet chez une vieille dame de 82 ans. Malgré son âge, ma malade avait jusque-là gardé assez de vigueur pour escalader quotidiennement de nombreux étages, où elle allait soulager les misères des indigents et leur porter avec des secours pécuniaires, les consolations de la religion. — Il est facile de concevoir que par les froids de ces derniers temps, Madame X.... ait pu contracter les germes de l'affection qui, cet hiver, a fait de nombreuses victimes.

Je vis donc la malade le 15 février au matin. Elle était alitée depuis 2 jours. — Les premiers symptômes sont déjà nettement accusés : je veux parler de la douleur, de la toux, de la dyspnée. Ma cliente a de l'oppression et se plaint d'un point de côté qui siège au niveau du mamelon droit, et qui est exaspéré par les expirations saccadées de la toux. Cette toux quinteuse et très pénible est sèche d'abord ; mais au moment où je fis ma première visite les crachats, *rouillés*, *ambrés*, tout à fait pathognomoniques de la pneumonie ont apparu. Du reste, l'auscultation au niveau de la fosse sus-épineuse droite ne me laissait aucun doute sur le diagnostic. J'eus

recours, comme j'en ai l'habitude, à mes deux médicaments *ipeca* et *bryone* (T. M.) alternés d'heure en heure. Le pouls est à 98. La malade est presque apyrétique.

L'état général laissant fort à désirer, je conseillai le vin de Bordeaux étendu d'eau : cette boisson, très bien supportée, et trouvée même agréable par la patiente, fut continuée pendant le cours de l'affection qui ne dura guère que 15 jours.

Après une convalescence relativement courte, Mme X..... put quitter la chambre et à l'heure actuelle elle a repris, avec son train de vie habituel, les fatigantes ascensions d'étages signalées plus haut, mais dont elle ne saurait se passer, habituée qu'elle est à une vie de dévouement et d'entière abnégation.

Obs. VI. — PLEURÉSIE AIGUE.

M. B.... est âgé de 17 ans ; il est d'une bonne constitution. Il y a dix jours environ, après des exercices violents, il se rappelle qu'en revenant de la pension chez lui, il ressentit une sensation de froid. Depuis, le malaise continue, il éprouve une fatigue assez intense pour faire le chemin de chez lui au collège, ce qui autrefois n'était qu'un jeu pour lui. Il a mauvaise mine ; il maigrit ; l'appétit est presque nul ; les forces l'abandonnent, enfin il s'alite.

On me fait appeler le 1er février, c'est-à-dire huit jours environ après l'apparition des malaises dont je viens de parler. Le malade a peu de fièvre : Pouls

80. Mais il est pris d'une toux sèche et pénible. L'auscultation ne me révèle que peu de choses.

Pendant 3 jours même état.

Le 4 février, M. B... se plaint dans la région du mamelon, d'une très vive douleur pongitive dont l'acuité redouble à chaque saccade de toux et même à chaque inspiration.

Cette douleur, comme siège, occupe les deux tiers inférieurs du poumon, en avant et en arrière ; elle est tellement intense que, l'absence d'autres symptômes indicateurs faisant défaut, je songe à une névralgie intercostale. Je prescris *aconit* et *belladone* (T. M.) à alterner d'heure en heure.

A ma visite du 5, la douleur n'a pas sensiblement diminué, mais je constate que l'expansion vésiculaire est affaiblie dans le côté malade, et l'auscultation me fait percevoir un bruit sec et fin, plus accusé à l'inspiration, analogue comme timbre au râle crépitant de la pneumonie et cependant plus humide et plus mouillé que le râle crépitant. C'était en somme le *frottement râle* dont parle Damoiseau : j'étais en présence d'une pleurésie au début.

Le 5 et le 6, je donnai *bryone* et *aconit*.

Le 7, je constate à la partie postéro-inférieure une matité assez prononcée : tout murmure vésiculaire a cessé : la douleur s'est également amendée. Je remplace *bryone* par *cantharis*.

Le 8, l'épanchement a augmenté, et j'entends nettement le bruit égophonique.

Le 9, même état. Pendant cette période le pouls

varie entre 102 et 108. La température ne dépasse pas 39°; nous arrivons ainsi jusqu'au 15.

A ce moment l'oncle et la tante de mon malade (car celui-ci n'était pas chez ses parents), voulant mettre, vis-à-vis du père et de la mère, leur responsabilité à l'abri, me supplièrent de faire appliquer un vésicatoire. Je ne crus pas devoir m'y refuser d'autant plus que dans le cas présent, la cantharide absorbée par le malade viendrait en aide au médicament que moi-même j'avais prescrit dès le début de l'épanchement. Du reste, du moment que la médication n'est pas entravée, je crois de bon aloi de céder à des désirs légitimes.

Je n'ai pas eu, je dois l'avouer, à regretter d'avoir fait cette concession. L'épanchement n'a pas été assez considérable pour que l'on puisse apprécier le moindre refoulement ou déplacement d'organe.

La guerison, comme toujours, n'a pas été complète de suite. Certains signes ont survécu quelques jours encore, je veux parler d'une submatité thoracique et d'un affaiblissement du murmure vésiculaire que je constatai presqu'un mois après la guérison qui s'effectuait au commencement de mars. Mais pendant cette dernière période, le malade a toujours pris cantharis à la 6e et, dans les jours qui ont precede la fin de la maladie, ce médicament a été alterné avec *arsenicum* (3e trit.) Arsenicum était donné là comme reconstituant.

DIABÈTE SUCRÉ.

Obs. VII. — M. D... a 58 ans. Depuis un mois en-

[illegible] une [illegible] à toute [illegible] ... [illegible] Toutes les personnes qui [illegible] sont frappées du changement qui [illegible] se plaint [illegible] ; [illegible] ; je [illegible] du diagnostic [illegible].

J'[illegible] mon [illegible] lui-même. Quelque temps auparavant [illegible] je lui traçais les symptômes, [illegible] fait analyser ses urines par deux pharmaciens de ses amis, qui n'y avaient pas trouvé la moindre trace de sucre. J'insistai cependant, malgré son opposition formelle, et je n'obtins de lui qu'il fît de nouveau analyser son urine qu'à la condition expresse que je lui signalerais un *chimiste de profession* qui lui donnerait toute garantie de son savoir en pareille matière. Je lui indiquais donc M. Maurice de Thierry, préparateur des cours de M. Armand Gautier, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris.

Le 4 janvier, l'urine suspectée fut remise au chimiste, et son analyse que je donnerai, comme les autres, *in extenso*, à la fin de cette observation, nous apportait la certitude que les urines de M. D... contenaient, par litre, 81 gr. 670 de sucre. Cette analyse me surprit, je dois l'avouer : et ce ne fut qu'après

avoir conféré avec le chimiste que je viens de nommer, et qui m'assura de l'exactitude de ses chiffres, (son habitude dans ce genre de travail, me devant donner toutes les garanties) que j'instituai le traitement.

Je dois à la vérité de dire que M. de Thierry émit des doutes, lorsque je lui annonçai que j'allais soumettre mon malade à un traitement homœopathique, et, que d'après ma méthode il verrait le sucre diminuer en notables proportions : j'avais affaire à un incrédule, c'était la Faculté qui doutait. Comme ce fait était nouveau, et, qu'en définitive, de cette inconnue, quelque chose d'intéressant pouvait surgir pour lui, il se mit complètement et absolument désintéressé à ma disposition pour faire toutes les analyses que je lui demanderais pendant la durée du traitement.

J'ordonnai donc au malade l'azotate d'uranium, 3e trituration, dans une potion de 250 grammes d'eau, à prendre à raison de 4 cuillerées par jour. Sans trop de sévérité, j'instituai le régime suivant : le malade devait s'abstenir, autant que possible, des aliments sucrés, farineux ou féculents. Son alimentation devait se composer de viandes, d'œufs, de légumes verts ; le vin rouge coupé avec de l'eau était seul permis.

Le caractère difficile de mon malade ne se prêtait pas à trop d'exigences : il ne cédait que difficilement à mes prescriptions, ses habitudes invétérées le harponnant malgré lui. Cependant, du 4 janvier au 1er février, il se conforma à la médication et au régime

que j'avais indiqués, et l'analyse du 1er février ne dénotait dans ses urines que 7 gr. 42 centigrammes par litre,

Enchanté du résultat, M. D... n'eut que plus de courage pour m'obéir. Il continua mes prescriptions. Ses forces revenaient, l'appétit surtout avait considérablement augmenté, et une nouvelle analyse faite le 23 mars ne nous donna plus que 0 gr. 74 centigrammes de sucre par litre.

Comme on peut le remarquer dans cette observation, de même que dans bien d'autres du même genre que j'ai publiées, l'*azotate d'uranium* est un précieux médicament, et, malgre les doutes émis par notre chimiste, il s'est comporté en maître, de l'avis même de M. de Thierry, qui, en m'envoyant la dernière analyse, y a joint sa carte avec ses félicitations sur l'efficacité et la rapidité du traitement que j'avais institué.

Inutile d'ajouter que le malade qui fait l'objet de cette observation a recouvré entièrement la santé.

Voici le détail des 3 analyses :

Première analyse.

N° 148.
Remis le 4 *janvier* 1886.
Pour M. D. . .
Nom du Docteur : Rochet.

Caractères généraux.

Eléments.	Urine normale.	Urine soumise à l'analyse.
Volume des 24 h.	Homme de 1.400 à 1.500 c. c.	Homme.
Couleur.....	Jaune citrin ou ambré.....	Jaune rouge n° 4

Aspect.....	Transparent.....	Louche.
Dépôt...	Nul ou presque nul.....	Peu abondant, léger, blanchâtre.
Consistance	Fluide	Fluide.
Odeur.....	Sui generis	Normale.
Réaction.....	Franchement acide.....	Acide.
Densité	1.018 à 1.022.....	1036.

Eléments normaux.

Urée.....	Homme 18 à 24 gr. par litre.	5 gr. 312 par lit.
Acide urique.....	0 gr 30 à 0 gr. 40 par litre.	Normal.

Eléments anormaux.

Albumine.....	—	Néant.
Sucre.....	—	81 gr. 670 par lit.
Pigments biliaires	—	Néant.

Conclusions. — Cette urine, d'une densité élevée (1036), renferme une très faible quantité d'urée (5 gr. 312 par litre) et comme élément anormal, *du sucre en très forte proportion* (81 gr. 670 par litre), mais elle ne contient ni albumine, ni sang, ni fragments biliaires, etc.

M. DE THIERRY.

Deuxième analyse.

N° 170.

Remis le 1er *février*.

Pour M. D. . .

Nom du Docteur : Rochet.

Caractères généraux.

Eléments.	Urine normale.	Urine soumise à l'analyse.
—	—	—
Volume des 24 h.	Homme, 1400 à 1500 c. c...	Pas indiqué.
Couleur.....	Jaune citrin ou ambré.....	Rouge jaune n° 5.
Aspect.....	Transparent.....	Très louche.
Dépôt..... ..	Nul ou presque nul.....	Très abondant, blanc rougeâtre

Densité.....	1.018 à 1.022.....	1.033.
Total des éléments dissous.....	34 à 37 gr. par litre.....	76 gr. 890 par lit.
	Eléments normaux.	
Urée.....	18 à 24 gr. par litre.....	26 gr. 0 80 par lit.
Acide urique.....	0 gr 30 à 0 gr. 40.....	Au-dessus de la normale.
	Eléments anormaux.	
Albumine.....	—	Nèant.
Sucre.....	—	7 gr. 420 par lit.
Pigments biliaires	—	Néant.
Mucus.....	—	Traces.
Cristaux.....	—	Acide urique. — Forme classique. — Urates.
Subst. amorphes.	—	Cellules épithéliales. — Champignons de l'urine sucrée.
—		Cette urine renferme en outre une assez forte prop. d'indican.

Conclusions. — Cette urine renferme une quantité de sucre bien inférieure à la précédente (n° 148) qui en renfermait 81 gr. 670 par litre. Mais, d'une densité élevée, laissant déposer un abondant sédiment d'urates, etc..., elle contient une forte proportion d'urée, 26 gr. 080 par litre.

M. DE THIERRY.

Troisième analyse.

N° 221.

Remis le 23 *mars*.

Pour M. D...

Nom du Docteur : Rochet.

Eléments.	Urine normale.	Urine soumise à l'analyse.
Volume en 24 h..	Homme 1400 à 1500 c. c...	Pas indiqué.
Couleur.....	Jaune citrin ou ambré.....	Rouge jaune n° 5
Aspect.....	Transparent.....	Légèrem. louche.
Dépôt.....	Nul ou presque nul.....	Faible, cristallin, rougeâtre.
Consistance.....	Fluide.....	Fluide.
Densité.....	1018 à 1022.....	1021.
Total des éléments dissous.....	34 à 37 gr. par litre.....	48 gr. 730 par lit.
	Éléments normaux.	
Urée.....	Homme, 18 à 24 gr. par litre	16 gr. 952 par lit.
Acide urique.....	0 gr. 30 à 0 gr. 40 par litre.	En forte proport-
Acide phosphoriq.	1 gr. 66 par litre.....	2 gr. 150 par litre
	Éléments anormaux.	
Albumine.....	—	Néant.
Sucre..... ..	—	0 gr. 762 par litre
Mucus..... ...	—	Traces.
Cristaux.....	—	Acide urique en gros cristaux groupés et colorés en rouge.
Subst. amorphes.	—	Cellules épithéliales, quelques leucocythes.

Conclusions. — Cette urine renferme une très faible proportion de sucre (0 gr. 742 par litre). Le sédiment examiné au microscope a décelé la présence d'une assez grande quantité d'acide urique en gros cristaux groupés en rosace et colorés en rouge ; quelques rares cellules épithéliales et quelques leucocythes ; la quantité d'acide phosphorique est au-dessus de la moyenne (2 gr. 150 par litre). Les autres substances sont normales.

M. DE THIERRY.

Un fait qui démontre une fois de plus que l'azotate d'uranium est vraiment le médicament du diabète est le suivant. Une femme d'une cinquantaine d'années offrait tous les symptômes du diabète, amaigrissement, perte d'appétit, soif inextinguible, urine très abondante, etc., etc.

Cette malade n'étant pas fort aisée, je ne conseillai pas, pour le moment, d'analyser ses urines : cependant mon opinion était faite : je croyais à un diabète sucré. J'avais fait fausse route. Je prescris l'azotate d'uranium. Ce médicament fait diminuer presque immédiatement, dans la plupart des cas de l'affection précitée, l'envie de boire. Pendant un mois de traitement, ma malade ne constate aucune amélioration. Etonné, j'ai fait procéder à l'analyse des urines : pas un atome de sucre : c'était une simple polyurie. *Arsenic* (3e trit.) et *Phosphor. acid.* (6e dil). triomphèrent rapidement de cette affection : la polydipsie fut presque immédiatement supprimée.

Richard Hughes, dont la compétence ne saurait être discutée dans l'application des médicaments homœopathiques, fait le plus bel éloge de l'azotate d'uranium qui lui a toujours donné les meilleurs résultats quand il l'employait pour le traitement du diabète sucré. Dans cela, il est d'accord avec Curie qui, dans le *Bulletin de la Société homœopathique de France*, a recueilli de précieux renseignements sur cet agent thérapeutique.

Le médecin anglais Drysdale affirme avoir eu aussi de très grands succès avec l'uranium dans le diabète.

PÉRICARDITE.—ASYSTOLIE.— GROSSESSE.— MORT.

Obs. VIII. — Madame C..., a 27 ans. — A 22 ans, elle accoucha d'un enfant qui ne vécut pas. A 24 ans, elle fit une fausse couche au 4° mois. Madame C... a toutes les apparences d'une santé robuste, cependant elle laisse à désirer du côté du système circulatoire.

Quelque temps après sa première grossesse, elle vint me consulter, m'apprenant qu'elle ressentit fréquemment de violentes oppressions et que ces étouffements la gênaient fort, la contraignant même à s'arrêter à différentes reprises pour gravir les quatre étages de son habitation.

L'auscultation me donna les signes caractéristiques d'une péricardite sans épanchement : le bruit de frottement était très nettement perçu : à la percussion, je trouvai une matité anormale à la region précordiale. Quels avaient été les débuts de cette affection ? Madame C... n'en avait nul souvenir. On sait, du reste, que cette maladie s'implante d'ordinaire d'une façon insidieuse et latente. Il n'y avait eu chez Madame C..., ni chez les ascendants, de traces rhumatismales. Du reste, l'état ne présentant rien de grave, et gênant le travail plutôt qu'il ne l'empêchait, je m'attachai simplement à soigner le symptôme et soumis ma malade au traitement suivant : *calcarea carbonica* (3e trituration). Elle fut très notablement améliorée.

Madame C... allait réellement mieux : depuis un

an, elle avait cessé tout traitement, et l'auscultation me permit de loin en loin de constater la résolution des adhérences, lorsque, vers le milieu de l'année dernière, elle devint de nouveau enceinte.

Je la revis donc au début de la grossesse. Les trois premiers mois se passèrent relativement bien. A cette époque, je constatai avec anxiété un œdème assez considérable des membres inférieurs, accident qui ne s'était pas produit au cours des deux précédentes gestations. Malgré cela, rien d'anormal du côté du cœur. Pendant deux mois je ne revis pas la malade : c'est seulement vers le 5e mois qu'elle me fit demander. L'œdème, après avoir envahi toute la jambe, a gagné la cuisse; la marche devient presque impossible et l'essoufflement est à son comble. Je procède à l'examen des urines : pas trace d'albumine. Un mois après, on vient me chercher la nuit en toute hâte : on croit que Madame C... est prise des douleurs de l'enfantement. Je trouve la malade dans un état que je juge des plus alarmants.

Le décubitus est impossible. Elle est assise sur son lit.

La dyspnée est extrême : le cœur bat avec une rapidité telle que j'ai peine à en compter les battements. La malade, en outre, se plaint de douleurs abdominales telles que tout l'entourage croit à un accouchement imminent. Après examen, je rassure la famille. Aucun travail n'est commencé. *Spigellia* (6e dilution) me paraît indiquée. Je prescris ce médicament à raison d'une cuillerée d'heure en heure.

J'apprends que cette crise terrible a été provoquée

par une violente contrariété que la plus élémentaire des prudences commandait d'éviter à la pauvre malade.

Le lendemain matin, elle est plus calme ; la dyspnée est moins grande ; le cœur bat moins vite ; dès les premières cuillerées de potion prises, ma cliente a été soulagée. Je continue le même traitement, en insistant pour que toute cause de contrariété et de préoccupation soit évitée. Pour mieux atteindre ce but, je fais transporter Mme C.., dans un milieu qu'elle désire, et où tous les soins lui seront intelligemment et affectueusement prodigués.

Sous l'influence de ce changement, le mieux s'accentue. *Spigellia* est continuée.

Nous arrivons au 7e mois de la grossesse : l'œdème des jambes a fait des progrès. Quelques traces d'albumine dans les urines. Depuis cette grande crise, le cœur a toujours battu précipitamment. Les douleurs abdominales reprennent leur intensité, et font craindre une terminaison proche. Je constate qu'il n'y a rien encore de commencé, mais la *dyspnée* est tellement violente, la face cyanosée, que je me demande s'il n'y a pas avantage à provoquer l'accouchement. Cependant, avant de prendre une détermination de cette gravité, je crois devoir demander l'avis d'un confrère. Nous prenons donc rendez-vous pour le lendemain matin.

Nous trouvons la malade dans le même état ; seulement les douleurs utérines étaient devenues plus intenses et plus significatives. Nous pratiquons le toucher ; nous reconnûmes un peu de dilatation du col

et l'avis de mon confrère fut de faire une application de forceps dès que la chose serait possible.

Il était 8 h. du matin. Je revins à midi et trouvai l'ouverture du col à peu près la même, c'est-à-dire égale à la surface d'une pièce de 2 fr. Pour activer les douleurs, je prescrivis *pulsatille* (T. M.), médicament qui m'a toujours été d'un grand secours dans le travail de la parturition. A trois heures, le travail a marché, mais la dyspnée devient de plus en plus effrayante. Le col me paraît assez ouvert et dilatable, je me décide à mettre les fers.

Bien des difficultés sont là pour entraver cette opération pour laquelle je fus obligé de m'adjoindre un aide. Les cuisses sont énormes, l'œdème a gagné la vulve. On comprend la difficulté qu'il y avait à faire prendre à la malade une position convenable. Enfin, après force difficultés, je parvins à retirer un fœtus mort. Depuis 3 jours, du reste, j'avais la conviction qu'il avait cessé de vivre et ne fus nullement surpris.

A ce moment, la mère éprouve un grand bien-être : l'oppression disparaît presque comme par enchantement.

Je commençai la délivrance. Je ne pus retirer le placenta en entier: il adhérait à l'utérus. Pendant que j'achevais ce travail sur nombre de points dans l'utérus, je remarquai tout à coup que ma malade, qui venait, quelques secondes auparavant, de m'exprimer ses remercîments, pâlissait : un peu de cyanose envahit le visage, et sans soubresauts, sans même

un soupir elle s'éteignait, au moment même où j'achevais la délivrance.

Malheureusement bien des causes étaient là pour motiver un pareil accident. C'était une mort inévitable.

FIÈVRE TYPHOIDE.

Obs. IX. — Le jeune T... est âgé de 6 ans. A 2 ans il a fait une fluxion de poitrine. Quelque temps après, il fut atteint d'une angine violente qu'on soigna même comme une angine diphthéritique : on reconnut cependant l'erreur du diagnostic. Depuis son bas âge, mon jeune malade a été d'une santé mauvaise, toussant souvent, ayant fréquemment des accès fébriles intermittents, en un mot, il n'a donné à ses parents que des inquiétudes graves.

Le 1er novembre on me fait appeler. Mon malade, depuis une semaine environ, se plaint de lassitude. A cette lassitude se joignent des douleurs musculaires, de l'inappétence, des vertiges et quelques épistaxis.

Lorsque je vois le jeune T... il a de la fièvre. Pouls 130. Température 39°. La veille, il a eu un gros frisson. Depuis, la céphalalgie est violente, prend la forme névralgique avec quelques point douloureux dans la sphère des nerfs sous-orbitaires et occipitaux. L'insomnie est complète.

J'ordonne *aconit* (T. M.) et *belladone* (T. M.) alternés d'heure en heure.

Le 2. Même état : Pouls 136. T. 39°5.

Le 3, le 4, le 5. La fièvre est continue : je me ré-

sous à faire prendre la température matin et soir. Celle du soir est toujours plus élevée que celle du matin ; elle est graduellement croissante et finit par atteindre 40°.

Le 6 et le 7, quelques symptômes bronchiques ayant fait leur apparition et la céphalalgie intense que j'ai signalée au début ayant diminué, je remplace *belladone* par *bryone* (T. M.).

A partir du 9 apparaissent les taches rosées lenticulaires : les symptômes nerveux acquièrent une intensité graduellement croissante. Un délire tranquille succède aux rêvasseries bruyantes que mon malade a eues les premiers jours. Dans la journée, indifférent à toutes les distractions qu'on s'efforce de lui procurer, il est plongé dans un état de somnolence et de stupeur. Le pouls marque 120. La T. descend à 39°.

Je prescris *thébaïcum* (30°.)

Au début du 3e septenaire, la température oscille de nouveau entre 39°3 le matin et 40°5 le soir. Je me résous alors à faire des lotions froides sur la région abdominale. Je n'ai du reste eu qu'à me louer de ce procédé qui, une heure après son application, m'a fait constater un abaissement de température de 1 degré.

Vers le 25 novembre, la défervescence arrive.

La température du soir, tout en restant supérieure à celle du matin, accuse des rémissions, et la courbe est progressivement décroissante.

Le sommeil a remplacé l'insomnie ; la diarrhée et le météorisme s'amendent ; le malade, moins indiffé-

rent à tout ce qui se passe autour de lui, n'a plus cet aspect d'abattement et de stupeur : en un mot, tout le cortège des symptômes graves que j'ai signalés disparaissent. Le malade, quoique amaigri et anémié, entre en convalescence.

Avec les médicaments suivants : *arsenic* (3e trit.) et *china* (6e), j'ordonne le régime le plus sévère, et n'autorise que les aliments que j'indique.

Malheureusement jamais médecin n'empêchera les mères d'être mères, c'est-à-dire de céder aux caprices de leurs enfants, surtout lorsqu'ils sont malades. Aussi je constatai, vers le 1er décembre, un pouls battant 120 et la température à 39°6. Je ne fus pas trop étonné, puisqu'en somme il existe souvent ce qu'on appelle la *fièvre de convalescence* qui n'a rien de commun avec le mouvement fébrile caractéristique d'une rechute.

Je donnai *aconit* (T. M.), *arsenic* (3e trit.)

Les jours suivants, la fièvre est continue. Le malade a de la tympanite, je constate l'apparition de sudamina. Je suis en présence d'une rechute, tous les symptômes du début réapparaissent, bien que fort atténués, avec quelques vomissements en plus.

Je prescris *nux*.

Enfin le 20 décembre l'apyrexie est complète, je reviens à *arsenic* (3e trit.). Une alimentation sévère est ordonnée et cette fois on ne transgressa pas mes volontés. Je pus permettre, à la fin de décembre, de conduire mon jeune malade à la campagne dans une voiture bien chauffée. Néanmoins la convalescence fut de longue durée ; il était aisé de le prévoir chez

un sujet aussi profondément anémié que le jeune T.... Enfin je l'ai revu il y a quelques jours, et j'ai eu le plaisir de constater chez lui un retour à la santé plus que satisfaisant.

BRONCHO-PNEUMONIE CHRONIQUE.

Obs. X. — La jeune G..... a une frêle santé. A l'âge de 1 an, elle a fait une pneumonie grave.

A 2 ans 1/2 elle a eu la rougeole : cette dernière affection est seulement antérieure de 4 mois à l'époque à laquelle je fus appelé à lui donner mes soins, novembre 1884.

Depuis la convalescence de rougeole, la petite malade a conservé une grosse toux, de même que de fréquents maux de gorge. Au mois d'octobre la jeune G.... a un peu de fièvre : sa mère va consulter un médecin allopathe qui prescrit le *sulfate de quinine* et les feuilles de *digitale*. En 6 jours, du 27 octobre au 2 novembre, on lui fit six ordonnances que j'ai eues entre les mains et que je n'ai pu débrouiller tellement la médication la plus contradictoire y est manifeste. J'allais oublier que l'enfant avait 4 vésicatoires. Le 5 novembre, le médecin qui avait fait le traitement précédent dit à la mère qu'il renonçait à soigner sa fille, *que la nature ferait le reste, avec l'aide de l'huile de foie de morue.*

C'est alors, 6 novembre, que l'on eut recours à l'homœopathie, comme la plupart du temps, en désespoir de cause. On vint me chercher.

Je trouve la jeune G..... extrêmement affaiblie.

Le pouls bat à 120. T. 39°5. La toux est quinteuse,

très pénible, et comme chez presque tous les enfants, l'expectoration est nulle. L'auscultation me fait nettement percevoir des râles crépitants fins qui éclatent par bouffées vers la fin de l'inspiration : la perception de ces râles est très nette lorsque je fais tousser la malade. La percussion me dénota une submatité de toute la région thoracique droite, en avant et en arrière.

Je prescris *ipéca* (6e), 8 gouttes dans 200 gr. d'eau et *bryone* (1re), 6 gouttes dans la même quantité de véhicule, promettant de revenir le surlendemain.

Le 8, les signes fonctionnels s'accentuent ; les douleurs s'amendent ; la dyspnée est très violente. Je fais continuer *ipéca*, à la même dose.

Le 10, même état : la fièvre cependant tend à augmenter. Pouls 130. T. axillaire 40°5.

Je continue la médication interne et ordonne de faire trois frictions par jour avec la pommade suivante :

Citrate de quinine . . . . 1 gr. 50
Vaseline . . . . . 30 gr.

Le 13. Mêmes symptômes pulmonaires. Pouls 130, T. 40°1.

Je remplace *ipéca* par *aconit* (3e), 6 gouttes dans 200 gr. d'eau, et redonne la *bryone* (3e dilution). Je fais poursuivre les frictions au citrate de quinine.

Le 14. Aucune amélioration. Pouls 132. T. 40°5.

Le 15. La fièvre baisse légèrement. Pouls 120. T. 39°2.

Je reprends *ipéca* (3e) et *bryone* (6e). Je fais cesser les frictions.

Le 16. Je perçois, je dirai même à distance, de forts craquements. La fièvre augmente un peu. Pouls 134. T. 40°.

Je redonne *aconit*, tout en continuant *bryone*.

Le 19. Amendement léger des bruits signalés plus haut. Pouls 116. T. 39°1.

Je donne *bryone* et *ipéca*.

Le 21, le 22. Même état.

Le 23, la respiration prend le timbre rude et soufflant du *souffle tubaire*.

Devant une augmentation de fièvre (Pouls 126. T. 40°). Je donne *chin. sulf.* (3e trit.) 0,15 dans 200 gr. d'eau, et continue *bryone*.

Le 25, amélioration légère.

Je remplace les deux derniers médicaments par *ipéca*.

Le 26 et les jours suivants la fièvre diminue. Pouls 112. T. 38°5. Les râles sont à peine perceptibles. Grande atténuation de la respiration à droite. La céphalalgie est très intense.

Je donne *drosera* (6e) et *belladone* (3e).

Le 6, même état. Pouls 110. T. 38°4. Même traitement.

Le 8 et jours suivants, même état.

Le 14. Peu de fièvre ; la malade a un peu de diarrhée, malgré toute la sévérité du régime alimentaire. Du reste, l'inappétence de la malade est presque constante.

Je prescris *iodium* (6e) et *ipéca*.

Le 20 et le 26. Les râles ne sont plus perçus, la matité diminue. Mais les craquements réapparaissent

avec une intensité telle, et la dyspnée est si violente que pour tranquilliser la famille et pour mettre à l'abri ma responsabilité, j'ai recours à mon excellent confrère et ami, le docteur Piedvache.

Nous prescrivons *calc. phosph.* (6e), VI gouttes dans 150 gr. d'eau, et *iod. ars.* (6e).

Le 1er janvier tous les symptômes s'amendent presque simultanément. Le pouls est à 98. T. 37°6. Je donne *sulfur* 3e.

La convalescence marcha très vite et au mois de mars suivant la malade était sur pied.

Il y a 15 mois environ de cela et aucune récidive n'est survenue.

La jeune G....., que je vis tout dernièrement, est une superbe enfant, ne toussant aucunement, mangeant très bien, jouant toujours, et bien décidée, je crois, à continuer dans cette voie.

COLIQUES HÉPATIQUES. — DYSENTERIE. — ACCIDENTS TYPHIQUES.

Obs. XI.— Le 7 décembre dans la matinée, M. R... éprouva un point épigastrique tellement violent qu'il lui sembla sentir son estomac se déchirer. Cette douleur, cependant, fut de courte durée. M. R... ne fait pour ainsi dire qu'un repas par jour : (le dîner du soir est insignifiant). Le déjeuner fut aussi copieux que celui des jours précédents. L'après-midi se passa bien, malgré un peu de lassitude et d'anxiété.

Vers 5 heures, M. R.. rentre chez lui avec peine. Aussitôt arrivé, il est brusquement pris de violentes

douleurs s'irradiant un peu partout : le malade localise difficilement ses douleurs qui bientôt se généralisent. Vers 7 heures, même violence : le malade pousse des cris aigus et se roule dans son lit, cherchant par les positions les plus variées à calmer ses souffrances.

Pas de température ; pas de teinte ictérique. On hésite à se prononcer. On donne cependant *belladone* (T. M.) Les douleurs se calment : une lassitude extrême amène un peu de sommeil. Le lendemain, M. R... ne quitte pas la chambre ; la journée fut loin d'être bonne ; cependant, les douleurs sont tolérables. Le soir, vers 7 heures, la scène change ; les crises deviennent d'une violence inouïe qui ne le cédait en rien à la durée.

Evidemment on était en présence de coliques ; mais de quel genre ? Aucun symptôme indicateur ne se révèle ; la rétention d'urine est complète ; les selles n'existent pas. Est donné *colocynthis* (3e).

Un peu de calme se manifesta. On prescrivit un lavement simple : résultat nul. Un autre lavement avec du lait et de la glycérine amena une garde-robe. Deux heures après, une selle très abondante se produisit : le malade a éprouvé la sensation d'un corps dur traversant l'intestin : en effet, dans les fèces, on trouve des débris de calcul dont un morceau pesait au minimum 3 à 4 grammes.

A partir de ce moment, les douleurs se calment, mais la tournure de la maladie se modifie. La fièvre apparaît. Pouls 120. T. 39°.

Les nausées précèdent des vomissements bilieux :

teinte subictérique nettement accusée ; l'intolérance de l'estomac est à peu près complète, puisque c'est à peine si le lait glacé, en quantité insignifiante, est supporté. On donne *nux vom.* (6e) et *aconit* (6e).

Nous sommes au 7e jour de la maladie, c'est-à-dire le 14 décembre. L'insomnie est complète ; le malade ne dort pas plus d'une heure par 24 heures ; il est réveillé presque aussitôt par les nausées.

Le pronostic s'assombrit. Ces vomissements coïncidant avec un amaigrissement datant de plusieurs mois, font redouter une lésion organique profonde : un néoplasme de l'estomac, tel est le diagnostic qui semble être le vrai : la langue est râpeuse et d'une sécheresse que rien ne peut vaincre, un voile noir semble la couvrir tout entière. Cette sécheresse, qui dura près d'un mois, résista à toutes les lotions et à tous les gargarismes. Ce fut là une des plus cruelles souffrances de notre pauvre malade. L'insomnie est complète, et si quelquefois un peu de somnolence s'empare du malade, des cauchemars horribles viennent hanter son cerveau et laissent après eux une fatigue et une lassitude qui ne sont pas faites pour relever des forces qui diminuent de jour en jour. Les nuits, malgré ces insomnies signalées, sont relativement calmes pendant une certaine partie, mais vers 3 heures du matin M. R. est en proie a une agitation extrême, il délire complètement, il veut se lever : on a peine à le maintenir dans son lit, cette scène se termine ordinairement au petit jour.

Pour en prévenir le retour, le sulfate de quinine est administré, mais sans beaucoup de résultat. Cet

état grave se maintient jusqu'au 20. A partir de ce moment, les vomissements s'arrêtent : le malade, outre le champagne et le lait, mange un œuf à la coque qu'il supporte très bien. Pouls 95. T° 37°5. On donne *nux vom.* (6e) et *arsenic* (3e trit.) : ces deux médicaments amènent une amélioration qui semble générale et définitive.

Malheureusement cet état ne fut que de courte durée, et un écart de régime nous ramena tout le cortège des symptômes graves signalés plus haut. Une dysenterie des plus intenses succède à la constipation de la 1re période : toutes les deux heures environ se produisent des garde-robes sanguinolentes, accompagnées de ténesme et de vives douleurs à la marge de l'anus qui font redouter au malade le moment des évacuations. Ces selles sont infectes et l'on a peine, tout en aérant beaucoup, à débarrasser l'appartement de cette odeur.

Pendant cette période du 31 décembre au 15 janvier, M. R... est profondément amaigri et à bout de forces. La température oscille entre 39° et 40°5. Les extrémités sont froides : des poches de caoutchouc remplies d'eau chaude ont peine à ramener un peu de chaleur. Pendant ces 10 jours, ce furent *mercur. cor.* (3e) qui fut administré, alternés avec *capsicum annuum*, le premier s'adressant à la dysenterie et le second aux douleurs que cause le ténesme. Ces douleurs étaient si violentes que l'on craignait, du côté du rectum, une affection maligne du genre de celle que j'ai redoutée pour l'estomac. Cependant, le toucher ne démontra rien d'anormal.

Enfin le 15 janvier, au moment où tout espoir paraissait devoir être abandonné, quelques symptômes rassurants commencèrent à se manifester ; il n'existe presque plus de sang dans les selles qui sont moins fréquentes ; le ténesme diminue. Une panade est assez bien supportée le matin. Le malade éprouve un bien-être auquel il n'était plus accoutumé, le sommeil revient.

Le régime le plus strictement sévère fut institué. Il fallait éviter un accident analogue à celui qui s'était produit. *Nux. vom.* (6e dil.) et *arsenic* (3e trit.) furent prescrits pour aider à la reconstitution des forces.

Ces forces revinrent assez rapidement pour permettre au malade de partir à la campagne vers le 20 février.

La convalescence fut cependant longue et la guérison ne fut parachevée qu'après un traitement hydrothérapique suivi dans une station thermale.

C'est le Dr Jousset qui a été le médecin dirigeant dans cette maladie ; et, grâce à son habileté et à sa science éprouvée, il a pu conserver un malade que l'unanimité des confrères condamnait irrévocablement. Aussi personne ne saurait plus le remercier de son zèle et de son dévouement que celui qui fait l'objet de cette observation et qui sera toujours son reconnaissant ami.

Dr Rochet.

CONGRÈS HOMŒOPATHIQUE INTERNATIONAL

BALE (SUISSE) 1886.

—

Programme provisoire.

Lundi, 2 *août.*

Une réunion préliminaire aura lieu à 8 h. 30 du soir pour l'élection des membres du bureau et l'adoption du règlement.

Mardi, 3 *août.*

Le Congrès se réunira à 9 h. 30 du matin et restera en séance jusqu'à 1 h. de l'après-midi, si cela est nécessaire.

Présentation des rapports quinquennaux provenant des différentes parties de l'univers. Observations verbales par des médecins appartenant aux diverses nations représentées aux Congrès. Discussion sur l'état actuel et les progrès futurs de l'homœopathie, sur les meilleurs moyens de propagande à propos d'un essai du Dr Dudgeon, de Londres, intitulé : *En avant* !

3 heures de l'après-midi, réunion de section : lecture, discussion d'un travail du Dr Roth, de Londres, sur une question d'hygiène.

Mercredi 4 *août.*

Réunion du matin à 9 h. 30.

Les éditeurs de la *Cyclopædia of Drug Pathogenesy* présenteront au Congrès le premier volume de cet ouvrage.

Cette présentation sera accompagnée d'une expo-

sition dans laquelle les éditeurs réclameront pour cet ouvrage le titre de Matière médicale de l'avenir de l'homœopathie.

Puis discussion sur ce sujet et les travaux qui s'y rapportent, envoyés par les Docteurs Imbert-Gourbeyre, de France, T.-F. Allen, de New-York, et Drysdale et Hughes, d'Angleterre.

Lecture et discussion d'un mémoire du Docteur Clarke, de Londres, sur le *nicotisme.*

3 heures de l'après-midi, réunion de section.

Un plaidoyer en faveur d'une pharmacopée internationale, par M. Wyborn, membre du Collège des Chirurgiens, de Londres.

Jeudi 5 août.

Réunion du matin à neuf heures.

Présentation et discussion des mémoires ci-dessous indiqués :

Diabetes mellitus, par le Docteur Théodore Kafka, de Karsbad.

Maladies des oreilles et goutte, par le Docteur Cooper, de Londres.

La psore méningée-cérébrale, par le Docteur Boniface Schmitz, d'Anvers.

Sepia considéré comme un médicament pulmonaire, par le Docteur Oscar Hansen, de Copenhague.

Observation de coqueluche avec combinaison et complication de rougeole et diphthérie, par le Docteur Midgley Cash, de Torquay (Angleterre).

Kali bichromicum dans les affections oculaires, par le Docteur Eyres Moir, de Londres.

Quelques considérations sur la thérapeutique des affections cutanées, par le Docteur Galley Blackley, de Londres.

Dans la réunion de l'après-midi, qui aura lieu à 3 heures, on s'occupera d'abord de désigner le siège du Congrès de 1891, puis des questions laissées de côté à la séance du matin. Adresse d'adieu par le Président du Congrès.

Le Docteur Hughes, secrétaire perpétuel du Congrès, se tiendra lundi après-midi à l'hôtel Schweizerhof, pour enregistrer les noms des membres du Congrès et fournir à ceux-ci les renseignements dont ils peuvent avoir besoin, ainsi que les sommaires des mémoires qui viendront en discussion.

Les membres du Congrès, avec les dames qui les accompagneront, dîneront ensemble, *sans cérémonie*, mardi, mercredi et jeudi dans la soirée. Des toasts appropriés seront portés à chacune de ces réunions.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 7 juin 1886.

Présidence de M. Frédault.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le secrétaire général dépose sur le bureau de la Société deux exemplaires d'une brochure du Dr Conan sur l'homo-homœopathie.

Le Dr Boy, de Pau, présenté par le Dr Serrand, est nommé membre correspondant.

Le Dr Imbert de la Touche, de Lyon, présenté par MM. Cramoisy et Rochet, est nommé membre correspondant.

M. Cretin. — Messieurs, avant que la discussion s'engage sur la question à l'ordre du jour, j'ai à vous annoncer une bien triste nouvelle. Madame Charles Séguin, la fille de mon illustre et vénéré maître, le docteur Antoine Petroz, est morte hier matin, dans sa soixante-douzième année. Elle avait été frappée, la veille, d'une congestion cérébrale.

C'est une perte bien douloureuse pour moi, profondément regrettable pour la Société médicale homœopathique de France. En souvenir de son père,

Madame Charles Seguin s'est associée, la première, à la fondation de l'hôpital Saint-Jacques. Elle a contribué à sa prospérité par ses dons annuels, par son activité et par son zèle à solliciter et à recueillir les souscriptions. Elle a été constamment la Présidente du comité des Dames patronnesses. Propriétaire, pour une somme de dix mille francs, d'actions et d'obligations de la société anonyme, elle les a abandonnées en toute propriété à l'hôpital Saint-Jacques, et, en mourant, elle lui lègue encore une somme de dix mille francs.

Nous ne pouvons, pour le moment, que nous associer au chagrin de son frère, mon vieil ami, M. Pierre Petroz, au deuil de toute sa famille. Toujours nous honorerons sa mémoire par notre pieuse reconnaissance, et son nom restera béni par les malades de l'hôpital Saint-Jacques.

M. Frédault. — Nous nous associons aux paroles de M. Cretin et le prions de se faire auprès de la famille l'interprète des sentiments de la Société.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement du rhumatisme, et sur la clinique du Dr Piedvache.

I. — La question.

M. Cretin. — Il s'agit du rhumatisme articulaire aigu dans son acception la plus restreinte et par conséquent la plus précise. Je n'ai pas l'intention d'en présenter une monographie complète, comme la réclamait M. le docteur F. Frédault dans une de nos dernières séances.

Au point de vue pathologique, il n'y a rien à ajouter, pour le moment du moins, à l'excellent traité de M. le docteur E. Besnier. Au point de vue thérapeutique, je me bornerai à résumer les documents que nous possédons.

II. Anatomie pathologique.

M. E. Besnier n'a pas donné une définition correcte du rhumatisme articulaire aigu ; mais elle se dégage très nette de l'étude détachée qu'il a faite des lésions et des altérations anatomo-pathologiques : lésions périarticulaires portant sur le tissu conjonctif sous-cutané, les muscles, les éléments connectifs intermusculaires, les gaines musculaires et tendineuses, les aponévroses et les tendons, avec les déformations permanentes, mais exceptionnelles, sans lésion chronique des extrémités articulaires ; lésions de la synoviale et épanchement articulaire ; lésions des cartilages, des os et du périoste ; les altérations du sang, de l'urine, de la sécrétion biliaire, de la sécrétion et de la perspiration cutanées.

Ces diverses altérations existent constamment à un degré quelconque dans les articulations qui ont été, pendant la vie, le siège reconnu des manifestations rhumatismales aiguës. On les retrouve alors même que le paroxysme rhumatismal et les fluxions articulaires paraissent avoir complètement cédé. Enfin, leur développement s'effectue avec une grande rapidité.

Ces trois propositions établies viennent, avec les notions détaillées d'anatomie pathologique, justifier

amplement ces pages que j'emprunte au commencement du chapitre II de M. E. Besnier : *Anatomie et physiologie pathologiques.*

« Le rhumatisme articulaire, dans toutes ses formes et à tous ses degrés, dit M. E. Besnier, donne lieu à des phénomènes congestifs et inflammatoires, superficiels ou profonds, éphémères ou permanents, affectant dans leur complet développement le système articulaire tout entier d'une jointure et non pas seulement un de ses éléments ; au milieu de l'extrême diversité apparente des formes symptomatiques et anatomiques, et bien qu'elles n'aient rien de spécifique, ces phénomènes conservent une unité de nature que les travaux modernes établissent nettement. Ce n'est exclusivement ni une synovite, ni une chondrite, ni une congestion ou une phlegmasie des tissus intra ou périarticulaires, ni une ostéite ou périostite des extrémités articulaires, etc..., mais *tout cela à la fois*, dans des proportions et à un degré variables suivant les formes, les types, l'état de simplicité ou de complication, etc.. Quelque importance excessive que Bouillaud ait jamais attachée à l'inflammation du tissu séreux dans la hiérarchie, ou dans l'importance des lésions articulaires, il n'en a pas moins signalé très exactement après la rougeur, l'épaississement, le ramollissement, l'état velouté des synoviales articulaires, les altérations des fibro-cartilages et des cartilages articulaires, ramollis, érodés, ulcérés, détruits, et même parfois la propagation des lésions au tissu osseux... (Dict. Encycl. des sciences médicales, art. *Rhumatisme*, p. 483.)

« Le *mode pathogénique* qui préside aux determinations anatomiques du rhumatisme articulaire aigu est essentiellement irritatif, congestif, inflammatoire, plutôt encore au titre général qu'au titre particulier, hypernutritif, hypercrinique ; c'est-à-dire que parmi les lésions réalisées on constate surtout, isolées ou réunies, la congestion avec dilatation variqueuse des capillaires, l'hyperinose du sang et des liquides exsudés, la prolifération cellulaire du tissu lamineux, la suractivité de son réseau vasculaire propre, et les altérations variées, connexes, ou consécutives (le fait est indécis), qui en résultent pour les revêtements séreux ou cartilagineux, avec les épanchements complexes auxquels ces diverses lésions donnent lieu à leur surface. Ces divers processus, sans avoir rien de spécifique, affectent cependant, les uns et les autres, indépendamment de leur siège particulier, des modalités particulières d'évolution : rapidité de développement, mobilité très remarquée, mais manifeste surtout par les phénomènes symptomatiques, tendance très peu marquée à la suppuration proprement dite, restitution complète des parties malades à l'état normal dans un grand nombre de cas après la guérison, au moins dans les fonctions, sinon dans l'intégrité anatomique absolue des parties malades. Ces caractères et d'autres encore, s'ils n'ont rien de spécifique, sont cependant assez spéciaux pour constituer d'une manière positive l'individualité anatomo-pathologique du rhumatisme articulaire aigu. » (Ibid., p. 481.)

III. — Définition.

De l'individualité anatomo-pathologique ressort l'individualité clinique. Le rhumatisme articulaire aigu est donc une maladie caractérisée par la congestion et l'inflammation de tous les tissus intra ou périarticulaires d'une ou de plusieurs articulations, avec symptômes généraux fébriles, complications viscérales fréquentes, et dans le cas, le plus ordinaire, de sièges multiples, avec mobilité très marquée.

IV. — Formes.

De là deux formes cliniques : le rhumatisme polyarticulaire et le rhumatisme monoarticulaire. Dans la première, deux variétés : l'une hyperpyrétique et prolongée ; l'autre, pyrétique légère et de courte durée. Dans les deux formes, les complications résultent de la tendance de la congestion et de l'inflammation à s'étendre aux séreuses viscérales, et de la facilité avec laquelle la congestion et l'inflammation, abandonnant brusquement les articulations, se portent sur ces mêmes séreuses.

M. P. Jousset admet une forme anomale, caractérisée par le peu de gravité des arthrites et par la prédominance des affections viscérales. Selon moi, ce n'est là qu'un cas des deux formes, polyarticulaire et mono-articulaire. Cette prédominance des affections viscérales et même l'apparition de la chorée, se rencontrent très souvent au cours d'arthrites très graves.

Je ne m'arrête pas à la nosographie si bien connue de nous tous et si admirablement, si succinctement résumée par notre confrère, le docteur P. Jousset.

V. — Problème thérapeutique.

J'arrive à la thérapeutique. Sur ce point, Chomel cité par M. E. Besnier, a posé la question en ces termes : « L'incertaine durée du rhumatisme articulaire est cause que les malades, et quelquefois les médecins, se font illusion sur la valeur de tels ou tels remèdes. Car il n'y a aucun moyen de juger d'avance si tel ou tel rhumatisme durera un, deux ou trois septenaires ou davantage. On pourrait composer un énorme volume rien qu'en recueillant les faits authentiques de rapides guérisons, qui se sont opérées à l'aide et peut-être même à l'encontre des médications les plus différentes. Que l'on ne se presse jamais de chanter victoire, lorsqu'on sera peut-être tombé sur quelques cas heureux dans l'expérimentation d'une nouvelle méthode de traitement. Que l'on trouve un médicament, une médication qui, sur une masse de trente à quarante malades, affectés de fièvre rhumatismale, amène constamment la guérison après quatorze jours ; alors il n'y aura plus de doute sur l'efficacité de ce médicament. Depuis longtemps, hélas ! on cherche un tel secret, il est encore à trouver. » (*Loc. cit.*, p. 621).

La médecine officielle en est encore là, malgré le sulfate de quinine et le salicylate de soude.

Chomel avait raison, tout en ne donnant pas convenablement les éléments du problème. En thérapeutique, il faut toujours prendre pour terme de comparaison la marche naturelle d'une maladie. Donc, dans une maladie aiguë, confiée aux seules ressources de la nature et de l'hygiène, étant connues la mortalité et la durée moyenne, une médication n'a de valeur que si elle réduit la mortalité, si elle diminue la complication, si elle simplifie l'évolution des phénomènes morbides, si elle hâte la terminaison heureuse, si elle abrège la convalescence, si elle prévient le passage de l'état aigu à l'état chronique.

VI. — Durée.

Or, en ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu, d'après M. E. Besnier, la durée moyenne est de deux à trois semaines pour une attaque légère ou moyenne, de quatre à six pour une attaque de moyenne intensité, et de six à douze pour une attaque intense par la gravité, les localisations diverses ou par le nombre des rechutes, la durée se mesurant, pour un ouvrier, par exemple, par la durée de l'interruption de travail effectif causée par sa maladie. M. P. Jousset réduit la durée de l'attaque légère, avec fièvre peu intense, à un et même à un demi-septenaire, et il a raison. Les attaques de deux à trois semaines me paraissent des attaques moyennes ; celles de quatre à six semaines, de gravité très notable, à plus forte raison celles de six à douze. Ceci dit, toutes ces données coïncident assez avec celles de M. Gouzée, médecin principal à l'hôpital d'Anvers, qui, d'a-

près une statistique portant sur des nombres considérables, fixe à trente-cinq jours en moyenne la durée du rhumatisme articulaire aigu.

D'un autre côté, le même M. Gouzée établit que cette maladie, laissée aux seules ressources de la nature et de l'hygiène, guérit plus promptement et plus franchement que sous l'influence d'une médication quelconque, allopathique bien entendu. Or, M. Gouzée, s'il ne connaissait pas encore les effets du salicylate de soude, connaissait très bien ceux du sulfate de quinine. Son travail, en effet, a été publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 30 juillet 1853, et dans la *Gazette médico-chirurgicale* du même mois.

Il m'a été donné d'observer deux cas soumis à des traitements parfaitement inoffensifs, sous l'influence desquels la maladie a parcouru son cours sans qu'une seule fluxion articulaire ait été abrégée, sans qu'aucune rechute ait été prévenue, sans qu'aucune complication soit survenue. Les deux malades ont guéri en trente-cinq jours ; l'un a survécu trente-cinq ans, l'autre vingt ans à cette première attaque, sans aucune récidive, sans aucune trace de la maladie.

VII. — Mortalité.

Quant à la mortalité, elle était, jusqu'en 1840, à Paris comme partout, exceptionnelle. En 1820, dans le Dictionnaire en 60 volumes, le résumé le plus exact et le plus complet de la science à cette date, Villeneuve écrivait : « Le rhumatisme est, en géné-

ral, une maladie peu dangereuse, au moins pour les jours de ceux qui en sont atteints. »

Après avoir admis la possibilité d'une terminaison funeste par une suppuration amenant une fièvre lente, le marasme, etc., Villeneuve cite une observation de Clopton Havers, dans laquelle l'autopsie ne présenta qu'un coagulum entre les muscles ; puis il ajoute : « Quoi qu'il en soit, ces cas particuliers n'empêchent pas d'établir comme règle générale que les terminaisons funestes du rhumatisme sont le résultat d'une rétrocession ou d'une métastase du principe qui cause cette affection, sur les organes intérieurs. » La médecine moderne n'a que trop justifié cette proposition.

Vingt-trois ans plus tard, les médecins discutent encore sur la possibilité de la terminaison du rhumatisme articulaire par suppuration. Les uns se prononcent pour l'affirmative, les autres pour la négative. Or, dans le Dictionnaire en 30 volumes, l'encyclopédie médicale du moment, G. Ferrus fait cette remarque : « Nul doute que la discussion ne se prolonge indéfiniment ; car les *autopsies étant très rares* dans le rhumatisme articulaire, le débat ne s'établit que de loin en loin. »

Trente-trois ans plus tard, les autopsies se multiplient. On en a pu faire 143, sur 8,631 cas de rhumatisme articulaire aigu observés dans les hôpitaux de Paris, de 1868 à 1869 et de 1872 à 1873 ; c'est plus de trente-cinq pour chacune de ces quatre années. La mortalité est ainsi représentée, d'après M. E. Besnier, par la proportion minime de 1,65 décès sur

100 malades. Ma conviction est que, sans les méfaits du sulfate de quinine, plus tard des bains froids et ensuite du salicylate de soude, ma conviction est que les autopsies eussent été de beaucoup plus rares et, cette proportion réduite, comme en 1820, comme en 1843, à bien près de 0 %. Cette conviction n'est que trop fondée, comme on le verra tout à l'heure par ce que je dirai du rhumatisme cérébral.

VIII. — Clinique homœopathique.

Nous connaissons les résultats de l'expectation; certes, la médication homœopathique ne peut en donner qui lui soient inférieurs. Mais cela ne suffit pas; il faut que la médication homœopathique remplisse les conditions énumérées plus haut, pour que nous persistions à l'employer de préférence à toute autre.

Or, en tenant compte des faits que j'ai observés personnellement, de ceux qui ont été publiés par plusieurs d'entre nous, de ceux surtout dont les observations ont été recueillies à Saint-Jacques, on peut affirmer que, sous l'influence de la médication homœopathique dans le rhumatisme articulaire aigu, la mortalité est nulle, du moins sur environ trois cents cas, et que la durée moyenne de la maladie est réduite à vingt et un jours ou vingt-cinq jours, entre trois et quatre septenaires.

Le traitement homœopathique du rhumatisme articulaire aigu est, non pas spécifique, il n'y en a pas, il n'y en aura jamais de tel. Il est rationnel, fondé sur les indications positives et sur la loi des actions.

Il diminue les complications, surtout les inflammations des séreuses cardiaques et plus encore les inflammations méningo-encéphaliques. Il simplifie l'évolution des altérations articulaires. Il abrège la convalescence et la rend plus franche. Enfin, dans l'immense majorité des cas, il prévient les récidives. Dans ma clientèle, depuis trente-cinq ans, je n'ai eu qu'une seule récidive dans un cas très grave, et à si bref délai, qu'on pouvait la considérer comme une rechute.

Ce traitement n'est plus à chercher ; il a été formulé; il y a longtemps déjà, par Hartmann, sommairement indiqué par Jahr, clairement et magistralement exposé et complété par M. P. Jousset. Pourquoi donc, parmi nous, tant d'incertitudes et d'hésitations, à côté de si incompréhensibles contradictions et de surprenantes audaces ?

IX. — Pathogénésie générale.

Pour répondre à la définition que j'ai donnée du rhumatisme articulaire aigu et des formes que j'ai admises, je résume la pathogénésie des principaux médicaments, aux seuls points de vue des symptômes fébriles et généraux, des altérations articulaires et des complications cardiaques qui sont de beaucoup les plus constantes.

X. — Indications cérébrales.

Je laisse de côté les pathogénésies reproduisant les symptômes du rhumatisme cérébro-spinal, celui-ci n'étant qu'une complication excessivement rare,

tout à fait exceptionnelle du rhumatisme soumis au traitement homœopathique.

« Il faudrait, dit M. E. Besnier, parcourir la gamme tout entière des altérations anatomo-pathologiques des centres nerveux, pour présenter la série complète des lésions rencontrées à l'autopsie des sujets qui ont succombé aux accidents cérébraux ou cérébro-spinaux du rhumatisme articulaire : anémies et congestions ; phlegmasies et hydropisies des membranes et de la substance nerveuse elle-même ; indurations et ramollissements ; lésions de canalisation : thromboses et embolies, etc. » (loco cit., p. 551).

Parmi ces altérations, les plus fréquentes sont les congestions et les phlegmasies auxquelles répondent : *belladona*, *stramonium*, *opium*, *hyosciamus*, *aethusa cynapium*, *arnica*, *acidum hydrocyanicum*, *phosphorus*, *agaricus*, *mercurius*, *nux vomica*, *arsenicum*, *gelsemium*, *veratrum viride*, *lachesis*, *vipera*, etc. Mais, comme le fait remarquer M. P. Jousset, si les complications et les métastases demandent le traitement des affections particulières qui les constituent, il ne faut pas oublier que, dans les métastases, on doit s'efforcer de rappeler l'affection articulaire.

XI. — Pathogénésie analytique.

Les symptômes articulaires et cardiaques fournis par les médicaments suivants suffisent amplement, selon moi, à remplir toutes les indications du traitement dans le rhumatisme articulaire aigu, de forme franchement hyperpyrétique ou pyrétique.

Aconit : Chaleur sèche, ardente, avec soif extrême, précédée quelquefois (principalement au début de la maladie) de frissons avec tremblement. Chaleur principalement à la tête, avec rougeur des joues, horripilation par tout le corps. Mal de tête pressif ; frissons pour peu qu'on se découvre pendant la chaleur. Sueur continuelle, surtout des parties découvertes. Pouls dur, fréquent et accéléré. Battements de cœur avec anxiété. Sensation d'angoisse dans la poitrine. Respiration pénible, anxieuse. Sensation de pression et de coup dans la région du cœur.

Raideur douloureuse de la nuque et des articulations coxo-fémorales. Gonflement inflammatoire du genou, avec rougeur luisante.

Bryone : Froid ; frissons ; chaleur universelle, sèche ; sueurs abondantes la nuit et le matin ; battements de cœur ; accès de gêne de la respiration ; respiration difficile, anxieuse, suspirieuse.

Raideur rhumatismale et tension à la nuque et au cou. Douleurs tractives aux articulations de l'épaule et du bras avec tension, élancements et gonflement d'un rouge luisant ; gonflement du bras autour du coude. La nuit, inflammation du dos de la main. Gonflement des mains ; gonflement chaud et pâle des articulations des mains. Gonflement des pieds avec rougeur et chaleur.

Colchicum : Un seul symptôme général : exacerbation des symptômes depuis l'entrée de la nuit jusqu'à l'aurore.

Gêne de la respiration et oppression. Violent battement de cœur.

En dehors de ces symptômes, pas une seule localisation articulaire.

PULSATILLA : Fièvre ; sueurs ; chaleur principalement la nuit ; frissons.

Gêne de la respiration ; accès de dyspnée et de suffocation ; accès fréquents et violents de battements de cœur.

Douleurs dans l'articulation scapulaire. Gonflement et douleur de luxation à l'articulation du coude. Gonflement à l'articulation du genou, souvent avec chaleur, inflammation et douleurs tractives, lancinantes.

NUX VOMICA : Pouls dur, plein et fréquent. Chaleur principalement la nuit.

Oppression, constriction de la poitrine, avec étouffement ; anxiété, avec pression à l'épigastre ; bourdonnement des oreilles, pouls accéléré et sueur. Élancements et coups dans la région du cœur. Battements de cœur.

Douleurs rhumatismales au dos. Gonflement chaud et douloureux du pouce. Gonflement douloureux du genou ; gonflement du dos du pied.

CHAMOMILLA : Fièvre, chaleur ; aggravation, la nuit surtout, des douleurs rhumatismales.

RHUS TOXICODENDRON : Frissons et froid ; fièvre le soir ; chaleur et soif. Sueurs nocturnes, matutinales, ou continuelles.

Oppression anxieuse de la poitrine. Faiblesse et sensation de tremblement du cœur. Battement de cœur

violent, en étant assis, tranquille. Elancements dans la région du cœur, avec sensation douloureuse de paralysie et torpeur du bras gauche.

Elancements tensifs et raideur dans les articulations. Gonflements rouges et luisants (de quels points ? cela n'est pas indiqué). Gonflement chaud des mains le soir. Gonflement des doigts. Gonflement inflammatoire du cou-de-pied.

Dulcamara : Froid pendant les douleurs. Chaleur sèche et sensation brûlante à la peau. Sueur générale, surtout la nuit.

Forte oppression de poitrine, douleur pénible d'ondulation dans le côté gauche de la poitrine. Fort battement de cœur, sensible à l'extérieur, la nuit.

Pas une seule localisation articulaire.

Rhododendron : Frissons alternant avec chaleur.

Chaleur augmentée.

Pression, constriction à la poitrine.

Douleurs déchirantes, tractives, musculaires et nerveuses ; mais pas une localisation articulaire.

Causticum : Fort frissonnement. Sueur nocturne.

Pression à la poitrine. Battements de cœur ; élancements au cœur.

Gonflement des pieds.

Arnica : Frisson. Chaleur le soir ou la nuit. Fièvre avec beaucoup de soif, même avant les frissons.

Sueur nocturne.

Oppression. Gêne de la respiration. Battement et palpitations de cœur. Points douloureux au cœur avec accès de défaillance.

Gonflement inflammatoire, érysipélateux, des pieds.

Gonflement chaud, douloureux, dur et cuisant des orteils.

THUYA : Pas un seul des symptômes généraux ; mais gêne de la respiration. Douleur de poitrine, comme par quelque adhérence intérieure. Battements de cœur violents. Battements de cœur avec nausées. Sensibilité douloureuse de la région précordiale.

Gonflement rouge et douloureux des doigts et des orteils ; (probablement engelures).

ANTIMONIUM : Les symptômes fébriles se rapportent aux fièvres intermittentes.

L'oppression est notée, sans symptôme du cœur : douleur des articulations des doigts.

BELLADONA : Chaleur sèche, brûlante, souvent avec enflure des veines, pulsation des carotides : soif ardente. Pouls fort et accéléré, dur et tendu. Sueur abondante la nuit.

Respiration gênée ; oppression ; dyspnée. Battements de cœur violents. Tremblement du cœur avec angoisse et douleur pressive.

A l'épaule, douleur tractive et pressive, parcourant rapidement depuis le haut jusqu'au bas du bras, et se manifestant surtout la nuit, diminuée par la pression extérieure, provoquée par le mouvement. Raideur arthritique des articulations de la main. Douleurs coxo-fémorales, plus fortes la nuit que le jour et forçant à boiter.

CLEMATIS : Pas de symptômes généraux, nodosités arthritiques des doigts.

HEPAR SULFURIS : Horripilation et frissons. Cha-

leur sèche la nuit. Chaleur fébrile ardente. Grande disposition à transpirer. Sueur nocturne.

Respiration anxieuse, avec péril de suffocation lorsqu'on est couché.

Gonflement arthritique de la main, des doigts et des articulations des doigts, avec chaleur, rougeur et douleur de luxation pendant le mouvement. Gonflement des genoux. Gonflement rouge, rhumatismal, aux malléoles, avec douleurs qui augmentent la nuit.

Ledum : Frisson violent et horripilation, avec froid des membres. Fièvre le soir. Sensation forte de chaleur, alternant avec les sueurs.

Oppression constrictive de la poitrine.

Douleurs dans les articulations de l'épaule et du coude, aggravées par le mouvement. Nodosités arthritiques des mains et des doigts. (Symptôme chronique.) Gonflement dur et tendu du genou, avec élancements et douleurs nocturnes pressives et déchirantes.

Sulfur : Chaleur, principalement la nuit, ou le soir ou le matin. Frissonnement. Fatigue et courbature dans les membres. Sueurs fréquentes et abondantes.

Gêne de la respiration. Dyspnée ; accès de suffocation, principalement la nuit, en étant couché et même pendant le sommeil. Battement de cœur fréquent.

Gonflement volumineux et luisant du genou et orteils.

Menyanthes trifoliata : Absolument rien que

douleurs lancinantes et pincements dans les membres et dans les articulations.

Kali Bichrom. Pas de symptômes généraux. Mais dyspnée ; palpitations violentes et pénibles.

Douleurs intenses aux articulations augmentant par le froid et aussi, la nuit, à la chaleur du lit.

Mercurius Vivus : Chaleur du visage et de la tête, avec rougeur et brûlement des joues ; pendant la chaleur, soif inextinguible ; accès fébriles la nuit ; pouls irrégulier et accéléré ; sueurs abondantes, excessives, tant le jour que la nuit et quelquefois fétides et acides.

Oppression anxieuse ; accès de suffocation la nuit, le soir, au lit, étant couché sur le côté gauche. Battements de cœur.

Douleurs déchirantes et tractives ou lancinantes aux membres, principalement la nuit, à la chaleur du lit, qui rend les douleurs insupportables. Douleurs dans les articulations avec gonflement, aggravées la nuit ; douleurs rhumatismales avec sueur abondante, mais qui ne soulage point.

Douleurs vives dans les épaules et les bras. Roideur des poignets. Douleurs vives et lancinantes dans les articulations coxo-fémorales. Gonflement du cou-de-pied ou des talons, avec douleurs vives et lancinantes ; gonflement douloureux de la région métatarsienne ; gonflement des orteils.

Lachesis : Sueur fébrile, principalement après la chaleur, vers le matin ; sueurs abondantes ; sueurs fétides ; pouls intermittent ou faible et fréquent.

Dyspnée ; haleine courte ; accès de suffocation,

surtout en étant couché, le soir, la nuit ; pression à la poitrine comme par un poids. Battements de cœur avec anxiété ; évanouissement avec haleine courte et sueur froide.

Douleurs rhumatismales vives et tractives aux membres ; aggravation ou renouvellement des souffrances après le sommeil. Gonflement douloureux, rouge ou bleuâtre des pieds et des jambes.

VIOLA ODORATA : Rhumatisme affectant les articulations carpiennes et métacarpiennes (Petroz ; J.-P. Tessier, Kitchen), surtout du côté droit (Hugues), *ab usu in morbis*, conformément à la pathogénésie réduite à ces deux symptômes : douleur tractive dans l'articulation du coude et le dos de la main ; douleur pressive dans le poignet.

XII. — APPLICATIONS.

J'abrège cette longue analyse, à laquelle il faudrait ajouter les pathogénésies des médicaments suivants reproduisant aussi des phénomènes généraux, locaux ou cardiaques appartenant au rhumatisme articulaire : *arsenicum*, *borax*, *bovista*, *lycopod.*, *cocculus*, *granatum*, etc.

Parmi les médicaments que je viens de passer en revue, les uns répondent complètement aux symptômes du rhumatisme articulaire aigu et aux complications cardiaques : l'*aconit*, la *bryonia*, la *pulsatilla*, la *nux vomica*, la *belladona*, l'*arnica*, l'*hepar sulfuris*, le *ledum*, le *sulfur*, le *kali bichromicum*, le *mercurius vivus* ; les autres ne répondent qu'à quelques symptômes généraux ou locaux ; ce sont : *colchicum*

chamomilla, *dulcamara*, *lachesis*, *rhododendron*, *causticum*, *thuya*, *antimonium*, *clematis*, *menyanthes trifoliata*, *viola odorata*, et le *china*, que j'ai omis, pour ne pas répéter ce que j'en ai dit dans les séances précédentes. Entre tous ces derniers, les plus importants sont, sans conteste, *china*, *colchicum* et *lachesis* qui sont indiqués surtout par les complications des séreuses cardiaques.

Ces pathogénésies, même pour les médicaments que j'ai indiqués comme complets, ces pathogénésies, très riches au point de vue des symptômes généraux, ne sont pauvres qu'en apparence au point de vue des localisations articulaires. Il est certain que les expérimentateurs n'ont pu provoquer, chez l'homme, les lésions articulaires et les complications jusqu'à leur complet développement. Il en est de même de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la pleurésie, de la dysentérie, de l'amygdalite, de la diphthérie, etc., etc. Nous sommes donc réduits, pour le rhumatisme articulaire aigu comme pour toutes les maladies, à nous contenter, comme indications, des symptômes et des lésions élémentaires, dont l'évolution, sous une action pathogénétique prolongée, déterminerait ces mêmes symptômes et les altérations locales dans leur plénitude.

Je ne suis pas plus individualiste qu'infinitésimaliste. Aussi n'ai-je guère eu recours, contre le rhumatisme articulaire aigu, qu'aux principaux médicaments : *aconit* au début ; dès que les fluxions articulaires s'accentuent : *bryonia*, *belladona*, *mercurius*, *pulsatilla*, *nux vomica*, *rhus toxicodendron*, *viola odo-*

rata, etc., selon les localisations ; tous ces médicaments à la teinture mère ou à la 1re atténuation centésimale, isolément ou alternés deux à deux selon les circonstances.

J'ai pour habitude d'insister sur le même médicament jusqu'à ce que chaque localisation ait accompli son évolution. J'y mets une persévérance raisonnée qui ne va pas jusqu'à l'entêtement. Il est rare que, sous l'influence du médicament approprié, l'évolution d'une arthrite ne soit pas accomplie en quarante-huit heures.

Là est la raison de la moyenne que j'ai fixée, pour la durée, à vingt et un ou vingt-cinq jours, toutes les articulations envahies pouvant être, dans ce délai, fluxionnées à deux reprises.

Pour le rhumatisme monoarticulaire, tout dépend de la localisation : *belladona* pour l'arthrite de l'épaule ; *bryonia* ou *pulsatilla* pour l'arthrite des genoux ; *viola odorata* pour l'arthrite des poignets, etc., etc.

Contre les complications cardiaques, j'emploie, dans 240 grammes eau : *china* (T. M.) seize gouttes ; ou le *sulfate de quinine*, (2me ou 1re trituration centésimale), cinq décigrammes ; et, de préférence, *colchicum* (3me ou 1re dilution centésimale), seize gouttes; une cuillerée à soupe toutes les deux heures, ou même toutes les heures, entre les cuillerées du médicament spécial à la localisation.

XIII. — Rhumatisme cérébral.

Deux mots seulement du rhumatisme cérébral. Dans une séance précédente, je vous disais combien il était rare avant l'emploi du sulfate de quinine ; il était si rare que Villeneuve n'en parle qu'en ces termes : « C'est à la métastase du rhumatisme soit sur l'*arachnoïde*, soit sur la *pie-mère*, que l'on peut rapporter, ce nous semble, la description que donne Rodamel du rhumatisme sur le cerveau. »

Comme exemple de cette métastase, Villeneuve cite deux observations. Dans la première, due à Ferrus, de Briançon, il s'agit d'un homme qui fut pris de délire, après avoir plongé dans l'eau froide ses extrémités inférieures prises d'arthrite aiguë. Dans la seconde, due à Rodamel, c'est un homme qui tombe subitement dans un état soporeux, avec gêne de la respiration, refroidissement des extrémités, pouls petit et intermittent, immédiatement après avoir appliqué, sur l'abdomen, une compresse froide pour combattre une dysurie consécutive à des douleurs rhumatismales.

Et les deux malades guérirent ; voilà tout le bilan du rhumatisme cérébral en 1820.

Pour comble, Villeneuve ajoute, faisant le parallèle du rhumatisme et de la goutte au point de vue des métastases : « Peu fréquentes et assez lentes dans le rhumatisme ; celui-ci quitte rarement les articulations et les muscles pour se porter sur les organes intérieurs, surtout quand il est aigu ; fréquentes et promptes dans la goutte ; celle-ci aban-

donne souvent son siège ordinaire pour se porter sur les viscères et surtout sur ceux de la digestion. »

En 1843, G. Ferrus rapporte l'observation de son parent citée plus haut. Comme l'avait déjà fait Villeneuve, il rappelle comme analogue un cas de métastase d'arthrite aiguë sur le cerveau, décrite par Stoll, sous le nom d'apoplexie cérébrale.

Mais, parlant de l'action du sulfate de quinine récemment introduit par Briquet, G. Ferrus signale les phénomènes cérébraux provoqués par ce médicament et il dit : « Enfin, dans quelques cas, ces phénomènes ont pris les véritables caractères d'un empoisonnement et se sont malheureusement terminés d'une manière funeste. »

Voilà le bilan du rhumatisme cérébral en 1843. Et remarquez qu'aucune métastase n'est citée dans un cas de rhumatisme articulaire aigu soumis à l'expectation.

Grâce aux progrès de la médecine, marqués par la vogue du sulfate de quinine, du salicylate de soude et des bains froids, M. E. Besnier peut décrire le rhumatisme cérébral et en faire l'anatomie pathologique.

Et M. Bouchard s'écrie, et M. Grancher, et M. Béclard lui-même, répètent : « Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre quand on s'intéresse aux choses de la médecine ! ! ! »

Je n'ai eu qu'une fois l'occasion de combattre un rhumatisme cérébral, — dans un cas très bien indiqué par Hartmann. Il s'agissait d'un cas de mi-

liaire pourprée, compliquée de fluxions articulaires aux poignets et aux genoux. A trois reprises différentes les fluxions disparurent brusquement pour faire place à une méningite de forme comateuse. Celle-ci, à son tour, disparaissant rapidement, les fluxions articulaires se rétablirent. A la troisième explosion de la méningite, la jeune malade succomba.

Aux moyens que j'ai employés alors, sinapismes, enveloppement ouaté, etc., etc., pour rappeler ou fixer les fluxions articulaires, j'ajouterais volontiers aujourd'hui le sulfate de quinine, le salicylate de soude, à petites doses, et même les affusions froides ou le drap mouillé, — le sulfate de quinine, le salicylate de soude à haute dose et les bains froids, ayant, selon moi, transformé le plus grand nombre de rhumatismes articulaires en rhumatismes cérébraux.

C'est pour cela que je les proscris de ma pratique ; c'est pour cela que je proteste, que je protesterai toujours contre leur emploi.

XIV. — Salicylate de soude.

J'ai montré les dangers du sulfate de quinine à haute dose, les catastrophes, à la suite de son administration. Tout ce que j'en ai dit s'applique au salicylate de soude. Notre honorable confrère, M. Tessier, invoque, en faveur de ce médicament, à la dose de trois à quatre grammes, son long et unanime usage, en allopathie, depuis huit ans. Eh bien, malgré tous les désastres, le sulfate de quinine a eu un

règne quatre fois plus long ; pendant trente-cinq ans son emploi n'a rencontré que quelques oppositions impuissantes.

M. Tessier nous a cité des guérisons de rhumatisme polyarticulaire, en cinq, six et sept jours. D'après mes renseignements, elles ne sont heureusement que l'exception. Il ne se passe pas une semaine sans que je reçoive un malade ayant pris du salicylate de soude à haute dose, pendant vingt et trente jours et souffrant encore de son rhumatisme après des mois et même des années. Il y a plus : si le sulfate de quinine tue brusquement le plus souvent, le salicylate de soude laisse presque toujours au malade qui survit, une endocardite durable, des maux de tête plus ou moins violents, une véritable hébétude, l'inaptitude au travail avec l'aptitude au ramollissement cérébral. Je réunirai, quand j'en aurai le loisir, un grand nombre de ces tristes cas. En ce moment je donne des soins à un charmant jeune homme, longuement salicylaté il y a deux ans. Il souffre encore de son rhumatisme, presque constamment. Il lui reste une endocardite assez grave. Le salicylate lui ayant donné, dès le début, des douleurs de tête qui n'ont fait qu'augmenter et qui persistent encore, malgré la suspension du médicament pendant vingt-trois mois, il a été obligé d'interrompre ses études, et ce n'est pas de longtemps qu'il pourra les reprendre.

En 1881 j'ai vu, chez un malade atteint d'une simple arthrite goutteuse au gros orteil, l'arthrite disparaître dans la journée, sous l'action du salicylate

de soude; le soir même, une hémiplégie se déclarer et la mort survenir le septième jour. Or, selon moi, il est tout aussi dangereux de supprimer brusquement les fluxions articulaires dans le rhumatisme aigu que dans la goutte.

La même année, et dans le même mois, un homme robuste, ayant pris, les quinze premiers jours d'un rhumatisme articulaire aigu, du sulfate de quinine et du salicylate de soude, succombait, quatre jours après la cessation de ces médicaments, à un rhumatisme cérébral. Dans ce cas, si le salicylate de soude n'est pas coupable, sa complicité n'est pas contestable.

M. le docteur Piedvache, notre savant confrère, nous a lu, dans la dernière séance, la traduction d'un morceau capital de Hale. Il semble résulter des observations de Hale que celui-ci a constaté quelques accidents dus au salicylate de soude à la dose de trois à quatre grammes, fractionnés en vingt-quatre heures. Aussi Hale revient-il aux doses seulement appréciables et il démontre qu'elles sont de beaucoup preférables, non seulement aux doses exagérées des allopathes, mais encore aux doses infinitésimales. Je suis flatté que l'autorité de Hale confirme ainsi l'opinion que je soutiens depuis tant d'années, sur les limites des doses. Si Hale trouve jamais quelques imitateurs, les doses que je préconise seront essayées dans les conditions que j'ai indiquées ; la comparaison des résultats obtenus par elles et des résultats obtenus par les doses infinitésimales, dans la même maladie et par les mêmes

médicaments, établira la valeur des unes et des autres. En France, cette comparaison n'a été faite par aucun autre que par mon ami le docteur Curie et par moi. Le jour viendra peut-être où des observateurs, aussi consciencieux que Hale, la feront à leur tour. Pour employer les doses appréciables, mais inoffensives, que je prescris, il leur faudra moins de courage qu'à Hale pour essayer, comme il l'a fait, comme l'a fait M. le docteur Tessier, les doses à effets rapides, mais redoutables des allopathes.

Certes l'homœopathicité du salicylate de soude n'est rien moins que démontrée dans le rhumatisme. Aussi me demandé-je pourquoi et comment les médecins homœopathes les plus scrupuleux lui font, comme au sulfate de quinine, un pareil accueil et une telle place.

Il ne supprime les fluxions et les douleurs rhumatismales qu'à haute dose ou à dose moyenne. Eh bien, s'il produisait le même effet à dose simplement appréciable, même à dose infinitésimale, je ne le repousserais pas moins énergiquement.

XV. — Principes.

En effet, Messieurs, en clinique, il ne faut jamais oublier les principes de la thérapeutique générale. Le premier, entre tous, est que nous ne pouvons faire mieux que la nature, *Natura medicatrix* !

Tout ce que nous pouvons souhaiter, sur un nombre de cas donnés, c'est d'obtenir un plus grand nombre de guérisons que la nature n'en produit,

livrée à ses seules ressources et dans le délai le plus court.

Pour les maladies à cycle déterminé, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives surtout, nous ne pouvons, pas plus que la nature, en abréger l'évolution. Pour les maladies dont la durée est comprise entre certaines limites, pneumonie, pleurésie, etc., le seul objectif possible est de ramener cette durée, dans un plus grand nombre de cas, à la limite inférieure. Toutes les guérisons précoces et miraculeuses citées, en moins de vingt et un jours pour la fièvre typhoïde, de cinq jours pour la pneumonie, de quatorze jours pour la pleurésie, etc., sont le résultat d'erreurs commises par le pessimisme pathologique et l'optimisme thérapeutique.

Il est un autre principe, c'est que la suppression brusque, spontanée ou provoquée de toute fluxion, de tout écoulement, de toute éruption, est suivie, dans l'immense majorité des cas, de métastases redoutables.

Malgré l'école moderne et ses grandes découvertes, et ses affirmations hautaines, et ses négations outrecuidantes, je persiste à croire aux métastases. Qui de nous n'a vu : la méningite produite par la suppression brusque d'un érysipèle, d'un impétigo de la face ou du cuir chevelu, ou même, chez les enfants, des sécrétions broncho-pneumoniques ; les accidents les plus graves survenir après la disparition soudaine d'un eczéma local, à plus forte raison général ? Dans la séance du 28 mai dernier, M. le Dr Comby rapportait à la Société médicale des hôpi-

taux une observation de variole régulière et discrète, suivie de décès, à la suite d'une application de collodion sur la figure pour prévenir les cicatrices. Aussi concluait-il énergiquement à la proscription de toute médication topique dans la variole.

Eh bien, la suppression brusque des fluxions rhumatismales, je crois l'avoir démontré, n'est pas moins dangereuse, si elle ne l'est plus, et elle est si facile, si rapide, dans le rhumatisme articulaire aigu, qu'à aucun prix, sous aucun prétexte, il ne faut la favoriser par aucun moyen.

Or, pour le rhumatisme articulaire, la durée *minima* est d'un septenaire, dans la forme légère et presque apyrétique, qui guérit d'elle-même. Dans la forme fébrile continue, à plus forte raison hyperpyrétique et surtout polyarticulaire, cette durée est de quatre à huit et même douze semaines, en moyenne de trente-cinq jours, comme l'a établi M. Gouzé. Cette durée moyenne est précisément celle du rhumatisme soumis à l'expectation et aux règles de l'hygiène ; dans les cas les plus favorables et les plus rares, elle est de vingt et un jours, comme le professait déjà Hartmann.

Donc, il n'est pas un traitement qui puisse réduire la durée du rhumatisme polyarticulaire aigu, hyperpyrétique, à moins de vingt et un jours, sans faire courir au patient les plus grands dangers, cette réduction ne pouvant être obtenue que par une évolution anormale ou par la suppression brusque des fluxions.

Si M. Tessier réduit à un septenaire tout rhuma-

tisme qui, sans le salicylate de soude, aurait duré trois ou quatre semaines, je l'engage à surveiller ses heureux clients aux points de vue : 1° des récidives ; 2° des complications persistantes, cardiaques et surtout cérébrales.

XVI. — Action nulle ou altérante.

M. le docteur Claude, notre sympathique et distingué confrère, a cité plusieurs guérisons de rhumatisme aigu, obtenues par le salicylate de soude à dose *réfractée* (0g625 milligrammes par jour). Ces solutions favorables sont-elles dues au médicament ? Ou bien, celui-ci n'ayant eu aucune action, à la seule marche naturelle de la maladie ? Dans le second cas, il n'y a ni allopathie, ni homœopathie en question. Dans le premier, il n'y a pas à invoquer la loi des semblables ; car le salicylate de soude à haute dose, supprimant rapidement les fluxions articulaires, il n'y a pas, dans le cas particulier, antagonisme d'action entre les hautes et les petites doses. Tout au plus pourrait-on admettre que les hautes doses provoquent la résolution subite ; les faibles doses la résolution graduelle, par une action altérante, comme le pense M. Claude.

Non, encore une fois, le salicylate de soude n'est pas homœopatique dans le traitement du rhumatisme aigu. Il ne l'est, jusqu'à présent, que dans la maladie de Ménière, dans les bourdonnements d'oreilles allant jusqu'au vertige. Là, j'en ai obtenu, à maintes reprises, des améliorations sensibles, mais

passagères ; là, plus heureux que moi, M. Claude a obtenu des guérisons durables.

XVII. — Formule générale.

Ceci dit, contrairement à l'opinion de mon cher ami, M. F. Frédault, le traitement du rhumatisme articulaire aigu me paraît nettement formulé et depuis longtemps. Il se réduit à ces quatre principes fondamentaux : *Primo non nocere* ; en second lieu, régulariser, atténuer les symptômes généraux ; en troisième lieu, favoriser l'évolution naturelle de chaque fluxion ; quatrièmement, combattre les complications.

Sur le premier point, l'emploi des doses appréciables, à plus forte raison infinitésimales, nous donne complète sécurité.

Sur les trois autres points, il n'y a rien à changer, il n'y a que très peu de chose à ajouter aux indications que nous a données Hartmann, et que M. P. Jousset a complétées dans sa *Médecine pratique* et dans sa *Clinique*. D'après ce que je viens de dire, j'insisterai, plus que ne l'a fait M. P. Jousset, sur l'importance : de la *belladone* contre l'arthrite scapulo-humérale ; de la *pulsatilla* contre l'arthrite du genou ; de la *viola odorata*, contre l'arthrite du poignet ; du *colchicum* et du *china* dans les complications cardiaques ; de ce dernier médicament, du salicylate de soude lui-même, des affusions froides ou des bains froids, dans les complications cérébrales.

J'appuierai particulièrement sur ce principe de thérapeutique générale : Plusieurs médicaments cor-

respondant aux mêmes symptômes généraux, à la même localisation, à la même complication, le médicament choisi, alors même qu'un autre aurait pu lui être préféré pour une nuance légère, le médicament choisi, doit être administré avec fermeté et pendant un temps suffisant.

XVIII. — Scepticisme.

D'où viennent donc, chez quelques-uns, les hésitations, les incertitudes, et, je dirais presque, le scepticisme ? D'abord de ce qu'ils oublient le criterium de tout traitement, c'est-à-dire la marche naturelle de la maladie. Ensuite de ce qu'ils manquent de confiance dans les efforts de la nature qui, bien dirigés, soutenus et régularisés par l'action médicamenteuse, opèrent toutes les guérisons. C'est encore qu'ils manquent de persévérance dans l'emploi du médicament bien indiqué par les symptômes généraux, la localisation ou la complication. Là est la cause de la confusion introduite dans la thérapeutique. On vante le médicament inutile qui a été administré au moment où les symptômes généraux, la localisation ou la complication allaient céder ; on jette le discrédit sur chacun de ceux qui, précédemment employés, ont été abandonnés trop tôt, mais auraient amené plus promptement le même résultat satisfaisant, s'ils eussent été suffisamment continués.

La dernière raison, enfin, du scepticisme, c'est la terreur des doses appréciables, poussée à ce point que, pour y échapper, les plus timides et les plus

orthodoxes, les plus fervents et les plus exclusifs, se jettent avec enthousiasme dans les plus aveugles témérités de l'allopathie.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée.

INTOLÉRANCE MÉDICALE

Notre Société recevait dernièrement, à l'unanimité de ses membres présents, un confrère à qui l'intolérance des allopathes lyonnais avait fourni ses lettres de naturalisation homœopathique. Nous n'avons pas de condoléances à adresser au docteur Imbert de la Touche, dont nous mettons sous les yeux de nos lecteurs la lettre si digne qu'il nous a envoyée avec quelques documents explicatifs. Le mieux pour les Académies de province est de ne point faire parler d'elles : nous regrettons que le Syndicat des allopathes lyonnais ait oublié cet antique et salutaire précepte.

Voici d'abord la lettre du docteur Imbert qui nous fournit un historique complet de cette ridicule aventure :

« Lyon, 11 juillet 1886.

Monsieur et cher confrère,

Je vous envoie, sur le conseil de M. le Dr Rocher que j'ai vu à son passage à Lyon et pour l'édification

des homœopathes de Paris, le dossier relatif à mon expulsion du Syndicat de l'Association des médecins du Rhône, afin de pouvoir montrer aux générations futures jusqu'où on a pu pousser l'intolérance et les glorieux principes de liberté en l'an de grâce 1886.

Avant d'entrer en plus ample matière, il faut vous dire que, comme la plupart des médecins du Rhône, je faisais partie depuis sept années de l'Association des médecins du Rhône, et que depuis deux ans, l'épidémie des syndicats ayant gagné les membres de l'Association, elle fonda elle-même un syndicat appelé Syndicat de l'Association des médecins du Rhône dans le but de protéger les intérêts médicaux et confraternels. Ce syndicat s'est recruté en grande partie parmi les jeunes de l'Association.

Or donc, le 7 décembre 1885, le Syndicat, après avoir essayé en vain de me faire expulser par l'Association, a ouvert le feu par la lettre n° 1 à laquelle je répondis par la lettre n° 2 et bientôt suivie d'une troisième épistole pour me signifier mon jugement et mon *exeat*.

J'eus un instant le désir d'engager une attaque devant les tribunaux, mais j'aurais lutté en vain, car le Syndicat n'étant pas reconnu par la loi n'a pas d'existence légale.

Je donnai seulement connaissance de ces lettres à un rédacteur d'un grand journal de la ville, le *Salut Public*. M. Victor Fournel m'accueillit fort bien, mais craignant des complications avec le corps médical et ne voulant pas qu'on pût m'accuser de faire de la réclame personnelle, je le quittai avec la pro-

messe de signaler le fait sans faire de personnalité. Je joins aux lettres l'article du *Salut public*, daté du 20 décembre 1885.

L'affaire semblait éteinte, lorsqu'elle fut reprise dans le sein de la Commission de l'Association des médecins du Rhône; après une discussion fort orageuse et après consultation du Conseil judiciaire de la dite Association, il fut décidé que l'Association n'avait aucun droit pour m'exclure, puisque je n'avais en aucun point failli à l'honneur et il fut décidé que je serais maintenu dans le sein de l'Association.

L'avis de l'Association de Paris avait été aussi pris et donné favorable à mon maintien et non à mon exclusion ; on craignait surtout que j'intentasse un procès en dommages-intérêts, que j'aurais certainement gagné, de l'avis des jurisconsultes consultés à ce sujet.

Une fois la satisfaction faite à mon honneur, j'envoyai ma démission à l'Association afin de mettre un terme au plus tôt à ces questions irritantes. Ce qui n'empêcha pas cette vindicative société réunie en assemblée générale en juin dernier de rendre la consultation suivante insérée dans le *Lyon médical* et reproduite dans le *Salut Public*, dont je vous envoie l'extrait.

Et voilà ce qu'on appelle la liberté et l'esprit de tolérance en 1886. Excusez, je vous prie, la longueur de ce dossier, mais je crois qu'il est utile pour tous que ce fait soit connu. Nos petits-neveux en rougiront.

Agréez, monsieur et cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments,

Dr IMBERT.

N.-B. — Dans la délibération de l'Association du mois de juin dernier, vous verrez l'expression : « homœopathes ou *similaires* ».

Ce n'est que grâce à l'intervention de 75 membres influents par leur âge et leur position scientifique que le mot « charlatans » a été enlevé et effacé de la délibération ; « homœopathes ou charlatans ! » On a remplacé cette dernière expression par le mot « similaires » qui ne veut rien dire.

Ils ont bien fait assurément, car ils n'auraient pas échappé aux tribunaux ! »

Cette radiation d'épithète a dû coûter gros aux intransigeants du parti et je crains fort que l'inanité de leurs efforts pour nuire à notre confrère ne calme pas l'ardeur de leur peine.

Mais arrivons maintenant aux documents annexes. C'est la lettre du Président du Syndicat qui ouvrira le feu : les troupes entrent en contact, comme on dit en notre pacifique époque.

« Lyon, le 7 décembre 1885.

Monsieur et cher confrère,

Dans sa dernière assemblée générale, le Syndicat de l'association des médecins du Rhône a adopté un article additionnel à ses statuts, qui est immédiatement applicable. Cet article a été communiqué, comme la loi l'exige, à l'autorité administrative qui en a accusé réception. « Tout docteur en médecine qui reconnaîtra des doctrines contraires à celles qui sont

officiellement professées dans les Facultés de l'Etat, et les appliquera dans sa pratique, ne pourra être admis dans le Syndicat de l'association, ou cessera d'en faire partie s'il y avait été précédemment accueilli.

Vous avez certainement appris, Monsieur, que l'on a prétendu que vous exerciez à Lyon l'homœopathie. En effet, cette accusation a été discutée au sein de la commission générale de l'Association des médecins du Rhône qui n'a pas pris de mesure définitive ; vous avez donc pu vous dispenser d'intervenir.

Notre chambre syndicale est en présence d'un devoir des plus graves et elle se garderait de prendre la détermination que les statuts lui imposent sans avoir entendu la justification d'un confrère qu'on a peut-être injustement mis en cause. Elle se réunira jeudi 10 décembre à 7 heures et quart du soir chez M. le Dr Rochas, son secrétaire (4, rue St-Pierre, au 2e).

Ce doit être pour vous un légitime désir de venir communiquer vos explications à vos confrères réunis et de répondre aux observations qu'ils croiraient devoir vous présenter ; si cependant vous préférez que cet entretien soit plus intime, je me mettrai seul à votre disposition à la même heure et à la même adresse.

Recevez, Monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments confraternels.

DUVIARD,
Président du Syndicat de l'association
des médecins du Rhône,
11, rue des Gloriettes, Lyon. »

Voici la réponse de M. le Docteur Imbert :

« Le 20 décembre 1885.

Monsieur le Président,

Permettez-moi de m'étonner de la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser. Je n'aurais jamais cru rencontrer une pareille intolérance dans le cops médical. N'ayant rien à me reprocher, je n'ai pas à me disculper. Fidèle aux traditions d'honorabilité de ma famille, je pratique honorablement la médecine; si ma manière de voir diffère par certains points de celle de mes confrères, c'est que je considère la doctrine homœopathique, telle qu'elle est enseignée actuellement à Paris, sous le nom de *thérapeutique positive*, comme donnant des résultats supérieurs à ceux obtenus par la méthode allopathique exclusive.

Au lieu de vous en tenir à des malentendus regrettables, il eût été préférable de chercher, sans parti pris, à vous rendre compte de la valeur du traitement homœopathique, dont on ne peut plus nier les effets sans être taxé de mauvaise foi.

Si vous m'avez jugé digne de faire partie de votre Syndicat, et d'y acquérir des droits que je n'hésiterai pas à revendiquer, comment ai-je pu démériter en appliquant au traitement de mes malades une méthode des plus rationnelles, que les dernières expériences de Pasteur, qui ne sont en somme que l'application de la loi de similitude, viennent ces jours-ci de justifier pleinement.

Elève de l'Ecole éclectique de Paris, je n'ai point

à rougir de mes nouvelles études et c'est avec la plus loyale conviction que je m'en fais gloire.

C'est pourquoi, je ne crois pas avoir à me justifier devant un Syndicat, qui, dans un siècle de progrès, me paraît comprendre singulièrement la liberté de la science.

Agréez, Monsieur. . . .

Imbert de la Touche,
Docteur en médecine de la
Faculté de Paris,
Place Bellevue, 23. »

Le *Salut Public*, mis au courant de la situation, publiait le même jour l'article suivant :

« Les Syndicats.

Nous avons dit à plusieurs reprises que la multiplication des syndicats n'aurait nullement pour conséquence la propagation des sentiments de fraternité. Au lieu de se disputer individuellement, les hommes se disputeront par coteries et les luttes n'en seront que plus ardentes, d'autant que les responsabilités individuelles seront plus atténuées parce qu'elles pourront s'abriter sous le couvert d'une collectivité.

Il se passe en ce moment, à Lyon, un fait qui confirme notre manière de voir.

Il existe à Lyon une association des médecins du Rhône, à côté de laquelle s'est fondé, depuis quelque temps, un syndicat qui a pris le nom de syndicat de l'association des médecins du Rhône.

Si nous ne nous trompons, la création des syndicats de médecins n'est pas encore consacrée par la

loi et la cour de cassation n'a pas admis leur formation, mais la question est en dehors de ce que nous avons à raconter aujourd'hui.

Ce syndicat a été créé dans un but de défense des intérêts professionnels et de confraternité; on pouvait donc supposer que les querelles d'écoles resteraient étrangères au recrutement de ses membres.

Il n'en a rien été cependant et, dans sa dernière réunion, le syndicat a adopté la résolution suivante :

L'application de toute doctrine dite médicale, mais non acceptée par le corps médical enseignant de l'État, entraîne de plein droit la radiation immédiate qui sera prononcée par la chambre syndicale.

L'application de ce règlement aura nécessairement pour résultat l'élimination des médecins homœopathes, dosimètres, et si on pousse la logique jusqu'au bout, de tous ceux qui, sortant des sentiers connus, se livrent à quelque innovation thérapeutique.

On nous assure que la nouvelle décision du syndicat a déjà reçu une sanction effective et que des radiations de membres considérés comme hérétiques ont été effectuées.

Evidemment, le syndicat de l'association des médecins du Rhône est le maître de formuler ses règlements comme il l'entend; mais si nous nous abstenons des réflexions que pourrait suggérer cet appel à une sorte d'orthodoxie médicale officielle, qui semblait le privilège d'une époque reculée, nous n'en constaterons pas moins que chez les médecins, comme chez les tisseurs, l'usage des syndicats ne pousse

pas à la pratique de la bienveillance confraternelle. »

Sept jours plus tard, M. le Docteur Duviard écrivait à M. le Docteur Imbert :

« Syndicat de l'Association
DES MÉDECINS DU RHÔNE.
Chambre Syndicale.

Lyon le 27 décembre 1885.

Monsieur et cher confrère,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que notre Chambre Syndicale, après avoir pris connaissance de votre lettre en date du 20 décembre, et faisant application de l'article additionnel des statuts du Syndicat, a prononcé votre radiation du tableau des membres de cette association.

Agréez, Monsieur, mes salutations empressées.

Votre dévoué serviteur et confrère,

Le Président du Syndicat,
DUVIARD.

Voir ci-contre la copie de l'article additionnel accepté dans l'assemblée générale :

« L'application de toute doctrine dite médicale, mais non acceptée par le corps médical enseignant de l'Etat, entraîne de plein droit la radiation immédiate qui sera prononcée par la chambre syndicale. »

Rien qu'à lire les pitoyables arguments dont ces Abbés Vertot de l'allopathie se servent pour excu-

ser leur vilaine action, qui est au-dessous d'un crime, car elle est une sottise, on sent que leur siège est fait et que tout se justifie pour eux par le cri : l'homœopathie, voilà l'ennemi !

Ah ! les bonnes raisons qu'ils nous bâillent et de quel beau langage ils les affublent ! J'avoue que je ne m'attendais guère à voir paraître en cette affaire les théories du corps médical enseignant de l'Etat. Qu'est-ce donc que le corps médical enseignant de l'Etat, sinon une monstruosité ? L'Etat n'a pas plus le droit d'avoir une théorie qu'il n'a le droit d'en professer aucune ou de s'occuper des méthodes d'enseignement. S'il peut, s'il doit m'imposer l'obligation d'instruire mon enfant, il n'a pas, par exemple, à propos de la lecture, à s'enquérir si j'emploie la méthode phonomimique ou la lafforienne. En dehors de cette surveillance générale requise pour le maintien des bonnes mœurs, l'Etat n'a rien à voir, rien à dire, rien à faire. Et, en parlant de l'Etat, je parle aussi de ces autres entités politiques, commune, canton, département, dont la sécurité et la prospérité du pays servent à mesurer la part de pouvoir. Théoriquement, l'Ecole communale est, comme la Faculté d'Etat, une aberration sociale et politique et l'on est mal venu à gratifier de privilèges surnuméraires et exorbitants des institutions dont l'existence nous est, en pratique, imposée par le développement historique de notre race et pour lesquelles la neutralité est, par la diversité même des opinions des contribuables, une règle inviolable. Et l'idéal vers lequel nous sommes entraînés avec une vitesse variant suivant les épo-

ques est pour les services enseignants, religieux et autres similaires, comme dit le Syndicat, la substitution à l'Etat de l'initiative individuelle ou collective.

Et puis, admettons ce droit découlant des théories professées par l'Etat. Je croyais jusqu'à présent à la pérennité et à l'immutabilité du droit, et voici que ces Messieurs du Syndicat nous enseignent que c'est chose plus légère que la plume au vent, plus mobile que la femme, s'il m'est permis, en ce grave débat, de me souvenir de quelques refrains de jeunesse. Voyez-vous le Syndicat fonctionnant dans les trois derniers siècles ? Harvey et ses disciples, les *circulateurs*, comme les appelait dédaigneusement Guy-Patin, anathématisés par celui-ci ! Rasori excommunié par Brown, celui-ci par Broussais ! Broussais le proscripteur universel et implacable, Broussais, proscrit à son tour par Bretonneau, puis Chomel par Bouillaud ! De nos jours, M. Peter, l'adversaire de la microbiatrie, chassé de la Faculté par ses collègues, MM. Grancher, Jaccoud et G. Sée ! Enfin, M. Peter faisant expulser M. Brouardel, le premier croyant encore à l'efficacité du vésicatoire, le second la niant formellement ! Ce n'est pas assez que la même génération voie, à bref délai, à une doctrine et à ses applications, succéder les doctrines et les applications les plus opposées; elle les voit professées dans une chaire, critiquées et combattues dans une autre, au même moment, sous le couvert de l'enseignement officiel. Il y a plus: il n'est pas un maître qui n'en arrive à se contredire et à se condamner lui-même. Bouillaud finissant par les toniques et les

évacuants, n'est-ce pas la condamnation de Bouillaud formulant les saignées coup sur coup ? N'avons-nous pas vu, à ses débuts, Trousseau fanatique de la statistique patronnée par Louis, la poursuivre, quelques années plus tard, d'une critique acerbe et la repousser avec mépris ? Si, depuis le XVIIe siècle seulement, la médecine eût été livrée au Syndicat, armé du bras séculier, nous ignorerions et la circulation, et l'émétique, et le quinquina, et la vaccine, et l'anesthésie, et le pansement antiseptique, et les microbes, et les microbicides ! L'orthodoxie ! Où en sont les représentants ? A l'Association des médecins du Rhône, ou à l'Association générale des médecins de France ? Dans quelle Faculté ou dans quelle Académie de médecine ? Et, s'ils étaient enfin connus, ces représentants, s'ils avaient rédigé le *credo* de leur orthodoxie ondoyante et diverse, qui nous assurerait de leur fidélité à ces dogmes proclamés immuables, par ces temps d'engouement où le corps médical adore plus d'idoles que ne le faisait la superstitieuse Egypte ? Avec cette obstination de l'allopathie à ne pas reconnaître l'autonomie de la thérapeutique et à faire de cette science une simple annexe du « système à la mode », à quelles apostasies successives ne seront pas exposés nos pontifes ? *Quis custodiet custodes ipsos* ?

La mesure qu'ont prise les médecins lyonnais n'est qu'œuvre de parti : elle est donc mauvaise. Je mets tous ces Messieurs au défi de tracer la limite que, sous peine d'excommunication, il sera défendu de franchir. Je les mets au défi d'affronter ainsi de gaîté de

cœur la réprobation de la conscience humaine protestant contre ces restrictions apportées aux libres investigations de la science.

C'est le *Salut Public* du 9 juin qui nous fournit l'épilogue :

« **Les Médecins du Rhône.**

Nous avons signalé à maintes reprises ce fait particulier que la multiplication des syndicats et des associations de toute nature n'avait nullement pour conséquence une augmentation de fraternité et une amélioration des relations.

Bien au contraire, on peut remarquer que la plupart de ces agglomérations organisées en vue du bien d'une corporation quelconque se désagrègent promptement pour former des petites églises dont le premier soin est de s'anathématiser entre elles.

Un phénomène de cette nature vient de se produire dans l'Association des médecins du Rhône, société fondée dans un but de solidarité professionnelle et qu'il ne faut pas confondre avec d'autres associations purement scientifiques.

Dans sa dernière séance générale, l'assemblée de cette Association a approuvé à l'unanimité la délibération suivante, dont nous empruntons le texte au *Lyon médical* :

L'Association des médecins du Rhône, saisie par le vœu adopté par l'assemblée générale du 18 mars, de la question de savoir s'il y a lieu d'insérer dans ses statuts des mesures propres à éviter l'introduction ou le maintien parmi ses membres des médecins homœopathes ou similaires ;

Considérant en fait que les fondateurs de la Société, no-

toirement connus comme étrangers aux procédés homœopathiques, n'ont eu en vue de créer l'Association qu'au profit de médecins dont les doctrines et les pratiques professionnelles, conformes aux leurs, seraient puisées dans l'enseignement et les traditions des Ecoles de médecine et hôpitaux.

Que, depuis son origine, les membres de l'Association, respectueux observateurs des intentions de ses fondateurs, les ont interprétées et appliquées dans le même sens, en ce qu'ils ont pris soin de n'admettre parmi eux que des médecins unis par un même fonds de doctrines et une même entente de l'exercice professionnel ;

Dit que l'admission ou le maintien dans l'Association de médecins homœopathes ou similaires est directement contraire au but et aux traditions de l'Association ;

Qu'il n'y a lieu, dès lors, d'ajouter en ce sens aucune disposition aux statuts, suffisamment expliqués et interprétés par l'application qui en a été constamment faite, et qui est renouvelée, en tant que de besoin, par la présente délibération ;

Que, dès lors, si un membre de l'Association venait, dans le cours de sa carrière, à introduire dans sa pratique professionnelle des procédés homœopathiques ou similaires, il se trouverait, par ce seul fait, en dehors des conditions exigées pour être admis ou maintenu et serait considéré, par le fait même, comme démissionnaire et perdrait tout droit aux avantages et bienfaits de l'Association, conformément à l'article 12 des statuts. »

C'est à *l'unanimité* que nos adversaires ont proclamé leur « article 7 ». Cela veut-il dire que la justice soit de leur côté ? Ils ne sont que le nombre et la force du nombre ne concède pas nécessairement le droit. Je ne parle pas ici pour les membres du Syndicat, car je sais bien qu'il n'est de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre. Mais c'est notre devoir

de protester contre les vilenies et les bêtises des coteries et de crier aux proscrits que l'exil ne déshonore pas. Le docteur Imbert n'a, du reste, besoin ni de consolations ni d'encouragements et aux anathèmes de Syndicat il oppose « la propagande par le fait », comme on le verra par la statistique que nous publions plus loin.

Terminons ici ce trop long article en disant que tous les allopathes ne sont pas aussi ... allopathes que les membres du Syndicat lyonnais. L'an dernier, à Boston, les membres de la *Boyleton Medical Society*, qui se rattache à l'Université Harvard (allopathique) invitait l'un de mes meilleurs amis, le savant docteur Conrad Wesselhœft, à venir exposer devant elle les principes de la méthode homœopathique. Cette année-ci, le Président de cette même société le docteur Vincent Y. Bowditch, acceptait l'invitation de la Société Hahnemann de la Faculté médicale de l'Université de Boston (homœopathique) et, dès le début de sa conférence, il s'enquérait de la possibilité de faire de la médecine une science positive. N'y a-t-il pas comme une ironie à l'adresse du fanatisme de nos compatriotes dans cette préoccupation du médecin américain ?

A. CLAUDE.

BIBLIOGRAPHIE

La Circulation et le Pouls, *histoire, physiologie, séméiotique, indications thérapeutiques*, par Ch. Ozanam, docteur en médecine de la Faculté de Paris, lauréat de l'Ecole pratique. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils.

Le docteur Ozanam, dont les lecteurs du *Bulletin* ont pu, dans maintes occasions, apprécier les rares qualités comme médecin et comme chirurgien, vient d'enrichir la science d'un magnifique ouvrage sur le pouls et la circulation. Dans cette œuvre magistrale, fruit de nombreuses années de travail, l'auteur, après avoir exposé, avec beaucoup de clarté et d'originalité, l'ensemble des connaissances sur ce sujet si vaste, vient lui-même compléter l'édifice en nous faisant connaître ses propres découvertes On comprendra que nous ne puissions faire une analyse complète d'un travail si considérable ; aussi nous contenterons-nous de tracer le plan général de l'ouvrage et d'en résumer les principaux chapitres.

L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première est consacrée à l'historique. L'auteur nous montre les erreurs grossières qui obscurcissent la question à ses débuts et la théorie l'emportant sur l'expérimentation. Puis viennent les grands débats qui ont illustré les noms de Servet, de Césalpin, de Colombo, de Harvey, la lumière se fait graduellement.

Dans la seconde partie, il établit l'état actuel de nos connaissances sur la circulation et résume les principaux travaux.

La description des instruments enregistreurs constitue la troisième partie. Le Dr Ozanam nous y fait connaître les appareils très ingénieux qu'il a inventés et dont il s'est servi pour ses recherches.

La quatrième partie comprend la physiologie du cœur et du pouls étudiée au sphygmographe.

Enfin, la cinquième partie contient la séméiologie et les indications thérapeutiques tirées du pouls et de la circulation.

Première partie. — Historique. — La découverte de la circulation n'a pas été l'œuvre d'un seul homme et depuis Hippocrate, c'est-à-dire 500 ans avant l'ère

chrétienne, jusqu'à 1628, bien des hommes de talent contribuèrent à élucider ce problème que l'illustre Harvey devait résoudre d'une façon si éclatante.

La distinction des artères et des veines est antérieure à Hippocrate, elle paraît due à Diogène d'Apollonie et à Euryphon. Hippocrate enseignait déjà que le cœur est un organe charnu creusé de cavités et connaissait la direction des principaux vaisseaux du corps.

Ce fut lui qui, le premier, désigna par l'expression de *pouls* le battement de l'artère sous le doigt qui l'explore. Mais il confondait sous le nom d'artère, les canaux du sang et ceux de l'air, car il trouvait après la mort, les uns et les autres également vides, dans l'examen des victimes des sacrifices sur lesquels il étudiait l'anatomie.

Aristote (384 avant l'ère chrétienne) le premier désigna sous le nom d'*aorte* l'artère originaire de la grande circulation. Il découvrit que les veines communiquent avec le cœur, que le pouls est dû au mouvement du sang et qu'il se produit dans tout le corps au même moment.

Hérophile, en 344, étudie spécialement le pouls, reconnaît son isochronisme avec les battements du cœur et signale une différence d'épaisseur six fois moindre dans les parois veineuses que dans celle des artères. Il appelle veine artérieuse le vaisseau qui va du ventricule droit aux poumons et artère veineuse la veine pulmonaire des anatomistes modernes. Il décrit ce grand confluent de sinus veineux du cerveau, auquel on a donné depuis le nom de pressoir d'Hérophile. Il étudia particulièrement le pouls et le définit : tout mouvement des artères commençant avec la vie et ne finissant qu'avec elle.

Puis viennent Erasistrate qui constata le jeu des valvules qui séparent le cœur en deux étages ; Rufus, d'Ephèse, qui écrivit le premier Traité du pouls ; Aretée de Cappadoce, qui étudia avec succès l'anatomie et pratiqua largement la saignée.

Nous arrivons à Galien, le plus grand anatomiste ancien et nous voyons peu à peu la vérité scientifique se faire jour. Il dissèque des singes et montre, par des expériences, que les artères, sur le vivant, sont pleines de sang aussi bien que les veines et ne contiennent pas d'air comme on l'avait cru jusqu'à lui. Il dé-

montre également, en soufflant dans la trachée, que l'air ne pénètre pas dans le cœur. Enfin, il découvre la communication entre les artères et les veines et décrit les petits vaisseaux intermédiaires au moyen desquels se fait cette communication. D'autre part, il décrit les principales veines de la base du crâne ; il enseigne que les deux ventricules du cœur sont remplis de sang et non pas d'air, que le cœur possède en lui-même le principe de ses mouvements et qu'ils sont indépendants du cerveau, que le sang des deux veines caves entre dans le cœur et qu'il en sort par les deux artères aorte et pulmonaire.

Après Galien, qui lègue ces grandes vérités à la postérité il nous faut franchir quatorze siècles pour arriver à André Vésale (1514), professeur d'anatomie à Padoue, à Bologne et à Pise, dont le principal mérite est d'avoir parfaitement décrit la structure du cœur. Il a très bien décrit les valvules du cœur et démontré que la cloison médiane du cœur, quoique creusée de plusieurs alvéoles, n'était cependant point perforée, ainsi qu'on l'enseignait toujours avant lui, et que le sang ne pouvait par conséquent pas passer par cette voie d'un ventricule dans l'autre. Vésale, cependant, malgré ses nombreuses expériences, persista à croire avec les anciens que le sang était porté du cœur dans tout le corps par l'intermédiaire des veines.

Puis, à la suite de Vésale, nous voyons la science faire de rapides progrès et trois grands hommes : Michel Servet, Colombo et Césalpin vinrent par leurs travaux préparer la grande découverte de Guillaume Harvey. C'est en effet à Harvey que revient cette gloire, car, bien qu'il ait été éclairé par un grand nombre de faits mis en lumière par ses devanciers, on peut dire qu'il a découvert la circulation du sang en donnant une démonstration vraiment scientifique accompagnée de tout ce que l'anatomie et la physiologie pouvaient accumuler de preuves. Il a été, de plus, le promoteur de cette grande idée qu'il s'est véritablement appropriée en surmontant l'antagonisme de tout le passé et l'opposition de ses contemporains.

La lumière ainsi faite par un homme de génie ne fut pas, en effet, acceptée sans conteste. Les uns nièrent avec acharnement la découverte de la circulation, les autres s'efforcèrent de prouver qu'elle était déjà établie bien avant Harvey.

Nous venons de voir passer rapidement les grands noms qui ont illustré l'histoire de la découverte de la circulation. L'espace nous manque pour analyser toute la partie de l'ouvrage du Dr Ozanam où il traite la question depuis Harvey jusqu'à nos jours.

Il faut lire ces pages si intéressantes, remplies d'érudition, où l'auteur nous expose toutes les découvertes qui ont contribué à compléter l'étude anatomique et physiologique des organes circulatoires.

Deuxième partie. — Cette partie est consacrée à l'étude de la physiologie générale. L'auteur passe successivement en revue le cœur, les artères, les capillaires, les veines et les nerfs vaso-moteurs.

Il étudie, dans des chapitres distincts, la formation, le développement, la structure de chacun de ces organes.

Il nous fait connaître la grande découverte des nerfs vaso-moteurs qui est une des gloires de l'illustre Claude Bernard. Avant lui, en effet, la science n'avait que des notions bien vagues sur ce sujet. C'est Claude Bernard qui, en 1849, fit des expériences sur le cordon cervical du grand sympathique, qui précisément se trouvait être le seul nerf vaso-moteur anatomiquement distinct, circonstance heureuse qui favorisa sa découverte. Il reconnut que, outre l'action exercée par ce nerf sur la pupille, quand on opère sa section, il survient une dilatation des artères de la tête avec rougeur de la peau et augmentation de chaleur de cette région, généralisant aussitôt le fait, il en conclut qu'il devait avoir divisé un nerf régulateur du calibre vasculaire : les nefs vaso constricteurs étaient trouvés.

Brown-Séquard fit l'expérience inverse ; il galvanisa le sympathique cervical et, sous l'influence de cette excitation, il vit diminuer le calibre des artères, pâlir es tissus et la chaleur vitale s'abaisser.

En 1858, Claude Bernard compléta sa découverte en démontrant l'existence des vaso-dilatateurs.

Toute cette partie de l'ouvrage du Dr Ozanam est traitée avec un grand soin, et ce qui la rend encore plus attrayante et instructive, c'est la grande quantité d'indications diagnostiques et thérapeutiques qu'il déduit de l'étude des artères, des veines et de l'existence des nerfs vaso-moteurs.

Troisième partie. — Instruments enregistreurs. La pulsation étudiée au sphygmographe.

Cette partie de l'ouvrage contient la description très complète de tous les instruments destinés à reproduire le tracé du pouls. Avant de vous faire connaître le sphygmographe très perfectionné dont il est l'inventeur, le Dr Ozanam passe en revue les instruments imaginés par tous ceux qui l'ont précédé dans cette voie. Dès l'année 1610, Santorio, célèbre médecin de Venise, avait inventé un instrument nommé pulsiloge, destiné à rendre le pouls visible.

Vierordt, en 1855, construit le premier sphygmographe à levier appliqué directement sur la paroi élastique de l'artère. Marey, reprenant l'idée de Vierordt, construisit un instrument plus parfait, composé d'un ressort qui suit l'artère dans ses moindres évolutions. Le faible mouvement du ressort est transmis à un levier qui le grandit de 40 diamètres; ce levier est terminé par une plume qui enregistre le tracé sur un papier mû par un mécanisme d'horlogerie.

C'est au moyen de cet ingénieux instrument que Marey a fait ses belles expériences qui ont tant contribué à établir la physiologie des bruits du cœur. Après lui, beaucoup d'auteurs ont apporté des modifications plus ou moins heureuses à l'instrument.

Tous ces sphygmographes à levier ont deux grands défauts : la compression de l'artère par une résistance qui va toujours croissante et l'empêche de donner son développement total ; les frottements et résistances des pinceaux ou des plumes sur le papier. Ces deux inconvénients disparaissent dans le sphygmographe imaginé par le Dr Ozanam et dont nous allons donner une rapide description.

Cet instrument, qui a fait ses preuves depuis plus de quinze ans, se compose de trois éléments distincts : 1° un moteur, 2° un cylindre, 3° un sphygmoscope à mercure.

Le moteur se compose d'un mouvement d'horlogerie fournissant une demi-minute de course, soutenu verticalement par un pied en cuivre solidement établi. Une pince mobile, virant horizontalement autour d'une tige qui s'élève, à côté du mouvement, permet d'approcher à volonté du cylindre le tube de verre du sphygmoscope.

Le cylindre, qui a cinq centimètres de hauteur sur

quatre de diamètre, peut, grâce à un ingénieux mécanisme se mouvoir avec une grande facilité. Il contient intérieurement un aimant qui peut à volonté s'élever ou s'abaisser.

Cet aimant, qui constitue une véritable découverte, est une des parties les plus importantes de l'appareil, car il attire à travers les parois du cylindre une aiguille d'acier qui adhère ainsi d'une façon très délicate au papier qui donne le tracé.

Le sphygmoscope se compose essentiellement d'une ampoule, d'un tube de caoutchouc et d'un tube de verre qui lui fait suite. Ces différentes parties sont remplies de mercure. Un petit flotteur en fibre de palmier, terminé par une très légère plume d'acier, plonge dans le tube de verre et repose sur le sommet de la colonne de mercure.

Un bracelet en tissu élastique est destiné à fixer l'ampoule terminale sur l'artère.

Pour se servir de l'instrument, il faut : placer le sphygmographe sur un plan plus élevé que le bras sur lequel on agit et visser le tube de verre dans la pince ; préparer la bande de papier sur le cylindre ; placer le malade assis, l'avant-bras écarté du corps et reposant sur la table devant l'appareil, la main lui tournant sa face dorsale et le poing fermé ; mettre l'ampoule sur l'artère et boucler le bracelet autour du poignet ; faire agir la vis du régulateur jusqu'à ce qu'on ait déterminé la plus belle pulsation ; poser délicatement la plume chargée d'encre dans le tube de verre ; faire en sorte que la plume effleure exactement le papier ; tourner l'aimant en face de la plume ; enfin arrêter le mouvement quand on a obtenu la longueur de tracé que l'on désire.

C'est au moyen de cet ingénieux appareil que le Dr Ozanam a pu étudier d'une façon très complète et très délicate la pulsation dans toutes les artères accessibles du corps et les lois de la tension vasculaire. Il insiste particulièrement sur les différentes variétés de dicrotisme et sur la valeur séméologique. Toute cette partie de l'ouvrage renferme de nombreux tracés qui en rendent l'étude plus facile et plus claire.

Quatrième partie. — Cette partie est consacrée à la physiologie du cœur et du pouls étudiés au sphygmographe. L'auteur nous fait connaître les caractères physiologiques du pouls chez l'enfant naissant, chez

l'adulte et chez le vieillard, l'action des agents physiques et météorologiques sur le pouls et la circulation, l'influence des diverses fonctions de l'organisme sur le fonctionnement du cœur.

Puis vient un chapitre très intéressant sur la *circulation par influence*. Ce mode de circulation si général et si naturel était resté inconnu jusqu'en 1875, époque à laquelle le Dr Ozanam en fit la découverte.

Voici la définition qu'il nous en donne :

« La circulation veineuse par influence est celle qui est due aux artères collatérales dont les contractions entraînent les veines dans une série opposée de mouvements : diastole pour systole, systole pour diastole, en sorte que chacune des artères peut être considérée comme un veino-moteur. »

C'est en prenant un tracé de l'artère crurale au niveau du pli de l'aine, avec le sphygmographe à ampoule de mercure, que le Dr Ozanam observa pour la première fois le phénomène qui le mit sur la voie de sa découverte. Le tracé de l'image se dessinait parfois en creux au lieu d'être en relief, comme cela a toujours lieu pour les artères. Disposant alors deux ampoules sur le même sphygmographe et appliquant l'une sur l'artère, l'autre à côté de la première, mais en dedans sur la veine, il vit alterner au même moment les deux ondulations artérielle et veineuse s'opérant en sens inverse. L'expérience, répétée sur un grand nombre d'artères et de veines de calibres différents, vint montrer qu'il ne s'agissait pas d'une exception, mais bien d'une loi générale.

L'étude des lois de la circulation vient ensuite occuper l'auteur. Il reconnaît avec les physiologistes que les calculs de la mécanique expliquent quelques-uns des problèmes de la circulation, mais il ajoute qu'ils sont bien loin de les résoudre tous. Le mouvement abstrait ne pourra jamais suffire à expliquer l'ensemble du mouvement animé. C'est ici que le médecin, qui est en même temps un philosophe et un chrétien, réagit contre les tendances de ce siècle de doute et d'incroyance et qu'il nous fait sa profession de foi : « Qu'on ne pense pas, dit-il, en étudiant le rôle des lois physiques dans l'organisme, s'éloigner des saines doctrines et tomber dans le matérialisme regrettable de l'enseignement moderne. Sans doute le physiolo-

giste trouve dans certaines fonctions le retentissement des lois physiques générales. Mais la cause première des mouvements chez l'être vivant est d'un ordre spécial, supérieur aux lois des corps inanimés. Cette cause, elle a un nom, comme toute réalité : c'est la *vie*, *force* émanée de *Dieu* comme source première, et qui anime tout homme venant en ce monde. Or la vie, en tant que force est un mouvement organisateur, produit par l'union substantielle de l'âme, principe d'action et de la matière organisable. C'est bien ce mouvement d'un ordre plus élevé qui agrège les atomes en cellules, les cellules en tissus, puis en organes, les appareils en un être complet, et sur un plan toujours semblable, celui du *genre* et de l'*espèce*. »

« Cependant la vie, pour être une force d'un rang supérieur n'a point pour cela perdu ses rapports avec l'univers au milieu duquel elle doit se développer. Loin de là ! L'homme, dans son organisation sublime, résume la nature entière.

« On a dit souvent de lui qu'il était un microcosme, c'est-à-dire un petit monde ; on ferait mieux de l'appeler un macrocosme, un grand monde, car s'il résume la nature, c'est en la dominant. La vie, force parfaite, chargée d'organiser la matière, doit donc utiliser les forces partielles et secondaires de la nature et résumer leurs lois en se les assimilant. »

Voilà certes de saines idées exposées dans un noble langage. En s'appuyant sur de tels principes, on peut, sans cesser d'être animiste en physiologie, rechercher dans la physique une grande partie des lois qui régissent la circulation du sang, tout aussi bien que celles de la progression et de la pesanteur pour la marche, de la lumière pour la vue, des sons pour l'oreille.

Cinquième partie. — Dans cette cinquième partie, l'auteur étudie les variations du pouls et du cœur à l'état pathologique avec les indications que le médecin peut en tirer pour la thérapeutique.

Cette étude est de la plus grande importance pour le médecin. En effet, comme l'a si bien dit le Dr J.-P. Tessier, dans ses savantes leçons de séméiotique, « il faut, après avoir fait l'étude des nuances du pouls, appliquer cette étude à toutes les maladies, en déterminer les significations ». Le pouls est en rapport parfait avec la sangnification. Quand le sang se dé-

prave, s'altère, le pouls se modifie. Quand le sang augmente en fibrine, ou devient plus riche en globules, le pouls l'indique ».

« Tâter le pouls, c'est juger de l'état des forces et des ressources de la vie, c'est faire une analyse chimique et microscopique, c'est transformer ces deux opérations si compliquées, si difficiles, en une observation unique et très simple. Or le sang est partout, il est au centre de la vie, il est aussi à la périphérie ; il excite et cependant tempère le cœur qui le lance ; il nourrit les organes qui le reçoivent. » « Le sang est le point de jonction entre les phénomènes naturels et les fonctions animales. »

« En modifiant le sang, on modifie les phénomènes naturels. Enfin, le pouls sert, non seulement à fixer la séméiotique, mais à donner l'indication thérapeutique, et, après nous avoir montré le mal, nous apprend à le guérir. »

Dans cette dernière partie de l'ouvrage, nous signalerons principalement les chapitres que l'auteur consacre aux affections du cœur, à l'étude de l'asystolie complétée par celle de la diastolie et des palpitations.

Le Dr Ozanam a distingué avec soin toutes les variétés du plateau qui couronne parfois le sommet de la pulsation dans la sclérose, les paralysies, la chlorose, l'anémie. Il a reconnu le rétrécissement aortique habituel dans la chlorose, comme le rétrécissement pulmonaire dans la phthisie. Enfin, il a tiré de l'étude des anévrysmes des signes importants pour le diagnostic et le traitement des anévrysmes acciformes et fusiformes.

Nous avons essayé, dans ce bref exposé, de donner une vue d'ensemble du livre du Dr Ozanam, mais il est évident que cette rapide analyse ne peut donner qu'une idée très imparfaite de ce remarquable ouvrage ; nous espérons que nos confrères voudront le connaître et l'étudier d'une façon plus complète ; ils sont assurés d'y trouver l'intérêt qui s'attache aux œuvres originales.

Dr Gabalda.

RELEVÉ STATISTIQUE SEMESTRIEL

du Dispensaire homœopathique,

ouvert à Lyon le 16 janvier 1886.

Nous avons installé, avec M. le Dr Noack et M. le Dr Frestier, un dispensaire homœopathique, composé de quatre pièces, pharmacie et laboratoire, salle d'attente et cabinet, dans une des artères principales de la ville, rue de la République, 81.

Les consultations ont lieu tous les jours à huit heures du soir, le dimanche excepté ; le jeudi matin, il y a consultation spéciale pour les maladies des enfants.

Nous avons donné pendant le premier exercice semestriel 1219 consultations ; le nombre des consultants s'est élevé à 600 environ.

Parmi les faits dignes d'intérêt, nous signalerons comme nous ayant donné d'excellents résultats dans la bronchite chronique et la tuberculose, le traitement de Martiny (1), prescrit à la 6e dilution, dose recommandée par le praticien de Bruxelles.

Beaucoup de dyspepsies, si fréquentes parmi les malades de notre dispensaire, ont été améliorées et même guéries par notre médication, là où les traitements allopathiques précédemment employés avaient complètement échoué :

Nux (6e) avant le repas et *china* (6e) après le repas, dans la dyspepsie stomachale avec flatulence survenant immédiatement après le repas.

(1) Donner un jour *calcarea phosphat.* et le lendemain *arsen. iodat.*

Nux (6e) et *lycopode* (12e trituration) dans la dyspepsie intestinale avec flatulence deux ou trois heures après le repas, chez des sujets amaigris, émaciés, avec sommeil irrésistible après les repas.

Nux (6e) et *graphite* (6e) dans la dyspepsie avec pyrosis, régurgitation d'aliments et surtout renvois putrides.

Pour les moroses, le traitement par *ignatia* (3e) et *tarentule* (3e), en alternance, nous a donné pleine satisfaction.

Contre l'insomnie nerveuse, un médicament qui n'est pas connu dans le monde homœopathique et qui donne les meilleurs résultats, soit en trituration, soit à la 6e dilution, est la *magnésie muriatique*.

L'action sédative de cette préparation, qui est pour nous un véritable opiacé, a été contrôlée favorablement en plusieurs circonstances auprès des malades de notre dispensaire et notamment par un des riches négociants de la ville, M. V... qui, après avoir demandé en vain le sommeil aux injections de morphine, ne trouva le repos qu'avec la première trituration de *magnesia muriatica*, prise généralement le soir en se couchant.

Cette indication, vraiment merveilleuse, nous a été fournie par notre maître, le doyen de la médecine lyonnaise, M. le Dr Noack père, qui regarde cette préparation comme un véritable éther. Ce médicament est l'agent actif des eaux de Châtel-Guyon et l'expérience des médecins qui exercent dans cette station vient confirmer l'action déplétive de la magnésie sur le foie et ses vertus calmantes sur les centres nerveux.

Les catarrhes dominant dans notre région bru-

meuse, nous avons mis à contribution l'action du *teucrium* sur la muqueuse nasale dans le coryza aigu avec sécrétion abondante, particulièrement dans la propagation de l'inflammation catarrhale à la muqueuse de la caisse du tympan ; aussi pour nous, le *teucrium* est le médicament le plus fidèle du catarrhe aigu, subaigu et chronique de la trompe d'Eustache.

Le succès de notre consultation a été la cure d'un psoriasis généralisé occupant toute la surface du corps chez une femme de 63 ans ; ce psoriasis datait de 12 années. Cette malade qui avait fréquenté divers services hospitaliers spéciaux et qui avait été considérée comme incurable, s'est donné le malicieux plaisir de faire constater en pleine rue sa cure à deux de nos confrères allopathes qui furent forcés de convenir qu'il y avait là une action thérapeutique évidente. C'est à nos yeux la meilleure manière de répondre à la persécution dont nous sommes l'objet en ce moment à Lyon. Cette femme fut radicalement débarrassée de cette affection dans l'espace de quatre semaines par l'*acide phénique* 3e et 6e dilutions. Nous rencontrons souvent cette pauvre femme dans la rue (elle est marchande d'oranges) et nous avons pu constater dernièrement que sa guérison s'était maintenue et qu'il n'y avait pas eu de récidive.

A propos de l'action de l'*acide phénique* sur la peau, M. le Dr Noack vient de confirmer ses effets dans un eczéma hypertrophique avec retroussement de la lèvre inférieure, ce qui donnait au visage du patient un aspect des plus difformes. L'*acide phénique* (3e tritur.) fit disparaître complètement cette véritable infirmité au grand étonnement du malade

qui avait abandonné presque tout espoir de guérison.

Ajoutons, pour terminer, un grand nombre de chlorotiques soignées et rapidement améliorées par l'*ignatia* (T. M., 1re trit. déc., 3e ou 6e dilution). Si bien que l'administration des préparations ferrugineuses est exceptionnelle dans le traitement de la chlorose lyonnaise ; c'est une indication qui nous fait rarement défaut et que nous sommes heureux d'indiquer à nos confrères.

Encouragés par le succès de notre dispensaire, nous espérons que les fruits de notre travail nous permettront de réaliser le projet que nous avons formé, d'ouvrir un hôpital d'enfants, pour lesquels la méthode homœopathique offre de si merveilleuses ressources.

Dr Imbert.

Lyon, 23 juillet 1886.

NOUVELLES

C'est avec le plus vif plaisir que nous relevons à l'*Officiel* la nomination de Monsieur Kirn, pharmacien homœopathe à Paris, au grade de chevalier de la Légion d'Honneur, par décret du 25 juin 1886. Le ministre de la guerre a eu raison de récompenser les travaux de M. Kirn sur l'alimentation du soldat dont notre ami Gabalda a dit un mot dans ce journal et la façon remarquable dont M. Kirn s'est acquitté d'une mission militaire à Berlin. Nul n'ignore que M. Kirn est un de nos meilleurs officiers de l'armée territoriale et qu'il a été attaché en qualité d'aide de camp à l'un des prédécesseurs du général Boulanger.

NÉCROLOGIE (1)

—

Mardi 22 juin, les habitants de Voutenay recevaient la douloureuse nouvelle de la mort d'un de leurs concitoyens, M. le docteur Rafinesque, qui, à Paris depuis quelques jours, avait succombé, la veille, à une attaque d'apoplexie foudroyante.

M. Rafinesque habitait, pendant la plus grande partie de l'année, Voutenay, où il possédait une charmante propriété. D'un caractère élevé, tout à ceux qui avaient besoin de lui, il s'était fait de nombreux amis dans cette population laborieuse, qui savait apprécier sa haute valeur, son dévouement à ses semblables et son zèle pour tout ce qui intéressait la chose publique.

L'inhumation de M. Rafinesque a eu lieu jeudi à Voutenay, au milieu d'une grande affluence de monde. Un nombreux cortège de ses amis du village s'était rendu à Arcy-sur Cure, pour recevoir le corps et l'accompagner depuis la gare jusqu'à Voutenay, distant de cinq kilomètres.

Sur la tombe, M. Jules Huot, s'est fait l'interprète des habitants de la commune en prononçant les paroles suivantes :

(1) Nous empruntons cet article à la *Revue de l'Yonne* (n° du 1er juillet 1886), en attendant qu'un des nombreux amis que comptait le docteur Rafinesque parmi nous nous donne l'histoire de sa vie si laborieuse et si bienfaisante.

Mesdames,
Messieurs,

Nous ne laisserons pas se refermer cette tombe, hélas ! trop tôt ouverte, sans dire un dernier adieu à celui qui fut pour nous, non seulement un ami sincère, mais un guide sûr et éclairé.

Issu d'une de ces grandes familles du Midi qui avaient embrassé avec conviction la religion réformée, il en était fier et en avait conservé l'austérité, la droiture d'esprit, le respect de la famille qui le distinguaient.

Homme instruit, doué d'une érudition rare, d'un esprit fin et délicat, d'une éducation soignée, sa conversation était toujours instructive : il savait inspirer la confiance en même temps que le respect à tous ceux qui approchaient de lui. Qui de vous, en effet, ne se souvient de la bienveillance avec laquelle il donnait un conseil, de la condescendance qu'il y mettait en s'exprimant de manière à être toujours compris de celui à qui il s'adressait ?

Qui a jamais frappé en vain à sa porte lorsqu'il avait besoin d'appui ? Ne se faisait-il pas un plaisir de soutenir l'opprimé contre l'oppresseur ?

Bon, généreux, même envers ses ennemis, car il en eut, mais qui ne purent jamais lui reprocher que sa loyale franchise, qui les gênait, et son amour passionné de la justice. Charitable, mais avec discernement, il savait donner sans humilier.

Depuis qu'il était parmi nous, il était le médecin des pauvres, donnant largement sa science à tous ceux qui souffraient, faisant le bien pour le bien, sans aucun espoir de reconnaissance.

Animé d'un grand amour de l'humanité, il avait naturellement des vues politiques très larges ; ami de la liberté, il détestait le despotisme, sous quelque forme qu'il se présentât.

Cher et vénérable ami, votre souvenir restera à jamais gravé dans nos cœurs, mais vous laissez une place qui désormais sera vide parmi nous ; — pouvons-nous espérer qu'elle sera reprise quelque jour par ce digne fils qui vous pleure aujourd'hui ?

La mort cruelle est venue vous ravir à notre affection et elle a jeté dans la douleur une épouse qui vous était sincèrement attachée, et toute une famille qui vous chérissait.

Puisse cette douleur être adoucie par les témoignages d'amitié et d'estime de tous ceux qui vous entourent.

Adieu, cher ami, une dernière fois, adieu !

M. Rafinesque était âgé de 70 ans. Son fils, également docteur en médecine à Paris, saura, nous en sommes persuadé, continuer à Voutenay les traditions d'honneur et de bienfaisance de son père.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

TRAITEMENTS HOMŒOPATHIQUES DE LA DIPHTHÉRIE
par des allopathes.

Le docteur Longuet, dans l'*Union médicale* du 20 juillet 1884, passait en revue les différents modes de traitement préconisés depuis trois ans par les médecins allopathes contre la diphthérie. Au cours de son énumération, M. Longuet accorde la mention suivante au *cyanure de mercure* :

« Rothe recommande le *cyanure de mercure*, mais la cause de ce dernier agent est compromise par l'intervention des homœopathes von Villers, Laien, Eichler, qui prétendent en obtenir de grands avantages aux doses infinitésimales auxquelles les conduisent leurs triturations ou dilutions successives. »

Nous ne nous arrêterons pas à reprocher à M. Longuet son scepticisme à l'égard des doses infinitésimales de *cyanure mercuriel* et nous nous contenterons de relever dans son article deux citations signalant l'action efficace du *bichlorure de mercure* et de l'*essence de térébenthine* à la dose respective d'un millième et d'un soixante-quinze millième. Il est entendu que le purisme de M. Longuet ne saurait s'accommoder d'une substance compromise par les homœopathes et nous nous consolerons de son dédain en nous rappelant l'histoire de cette dame anglaise que conta jadis Voltaire. Cette dame était atteinte d'une fièvre intermittente pernicieuse qui, au second accès, pouvait être mortelle.

Ses médecins lui ayant ordonné le quinquina comme unique ressource, elle demanda si ce n'était pas le médicament qu'on appelait la poudre des jésuites. Sur la réponse affirmative qui lui fut faite : « En ce cas-là, j'aime mieux mourir. » Ce qui arriva dans l'accès suivant.

Tous les confrères de M. Longuet n'entendent pas se laisser entraîner par l'ardeur des convictions à pareille extrémité. Quelques-uns estiment que nos renseignements thérapeutiques n'ont pas plus d'odeur que l'argent et, pourvu qu'on les leur présente sous pavillon étranger, ils s'empressent de leur accorder droit de cité. Cette simple formalité a le double avantage de dissimuler le plagiat aux yeux des ignorants et de flatter cette badauderie qui fait le fond de notre caractère national. Ah ! ce médicament est persan, aurait-on dit du temps de Montesquieu. Aujourd'hui, notre cosmopolitisme ne connaît plus de limites et nous pouvons compter sur une prochaine rentrée du *cyanure de mercure*, car un allopathe suédois vient à nouveau de l'expérimenter. Il suffira à un de ces journaux-pirates qui déshonorent l'allopathie de faire une allusion plus ou moins spirituelle à la candeur scandinave, de ressasser le lieu commun sur la lumière qui nous vient du Nord et le tour sera joué.

Voici du reste l'article que nous traduisons d'un journal allopathique allemand et qui nous servira de justification.

« Le docteur P. A. Hyalmar Sellder a traité, pendant les années 1881-1886, dans deux provinces suédoises 156 cas de diphthérie par le cyanure de mercure. Il eut seulement quatre morts, les malades étant à la dernière extrémité, quand il fut appelé près d'eux. Il s'agissait d'enfants au-dessous de dix ans, il n'y eut pas de décès parmi les personnes au-dessus de cet âge. Sellder a recueilli dans les journaux et livres 705 autres cas de diphthérie traités par le cyanure et

qui ont donné 53 morts, soit une mortalité de 7,5 pour 100. Dans la plupart des cas, le traitement fut institué trop tard. Pour le diagnostic de la diphthérie, quatre symptômes cardinaux sont requis : l'angine, le dépôt diphthéritique, le gonflement sous-maxillaire, la fétidité de l'haleine. Tous les autres cas doivent être rejetés, même ceux de nécrose scarlatineuse d'Hénoch, que quelques auteurs appellent diphthérie scarlatineuse.

Les dépôts étaient 102 fois sur les deux amygdales ; 27 fois seulement ils n'affectaient qu'une amygdale, et, les autres fois, ils portaient sur d'autres parties. Sellder a observé trois fois la paralysie du voile du palais et seulement une fois chez un malade à l'extrémité. Voici la formule de Sellder :

R. *Hg. Cy.* 0,02.
Aconit. tinct. 2,0.
Mell. crud. 50,0.
Aq. distillat. 150,0.
M. s. a.

Toutes les heures ou plus souvent dans les cas graves, une cuillerée à café pour les adultes et pour les enfants de plus petites doses en rapport avec leurs âges respectifs.

Les adultes doivent toutes les quatre ou deux heures, ou même plus souvent, dans les cas graves, recourir au gargarisme suivant :

R. *Hg. Cy.* 0,04.
Aq. menth. pip. 400,0.
M. s. a. pour usage externe.

Quand il y a collapsus grave, Sellder recommande de faire avaler au malade une grande cuillerée d'huile pure de térébenthine, ou bien, de lui administrer d'heure en heure en lavement une émulsion composée de deux grandes cuillerées de térébenthine et de deux grandes cuillerées de cognac. A l'intérieur on fait prendre du tockay et du cognac. Quelquefois, on entoure le cou du malade de linges humides. La chambre du malade sera propre et bien rangée et on ne permettra pas à celui-ci de cracher sur le parquet. La pureté de l'air est de la plus grande importance, de même qu'il faut soutenir les forces du malade avec du lait gras, du bouillon avec des œufs, de la poudre de viande dans du lait ou du chocolat, du lait avec du miel ou du sirop, de l'extrait de malt, etc.

Quoique le cyanure de mercure ne soit pas un spécifique, néanmoins les résultats qu'il donne sont beaucoup plus favorables que ceux fournis par les autres traitements. Ainsi, sur 264 cas traités par le sublimé corrosif, le fer, la quinine, la résorcine, le brôme et la térébenthine nous avons 146 décès, soit une mortalité de 55,3 pour 100 qui diffère beaucoup de celle du cyanure (2,5 pour 100) dans les cas traités par Sellder. » (*Allg. Med. Centr. Zeitung.*)

Le journal allemand se garde bien de nous mettre au courant des recherches bibliographiques de l'allopathe scandinave. Si M. Sellder est honnête, il doit avoir recueilli les observations des Docteurs Erichsen et Villers, de Saint-Pétersbourg. Le premier de ces praticiens, qui est peut-être un compatriote de M. Sellder, publiait, en 1877, dans le *St-Petersburg Med. Wochenschrift*, l'histoire de 25 cas de

diphthérie qu'il traita par le *cyanure de mercure* et sur lesquels il eut seulement 3 décès à déplorer (paralysie cardiaque, méningite, parotidite suppurée). L'intransigeance allopathique d'Erichsen ne lui permit pas de mentionner dans son travail le nom de son confrère homœopathe, le Docteur Villers. Et cependant il ne pouvait l'ignorer, car tous deux habitaient la même ville, et c'est précisément le bruit qui se faisait autour des nombreuses cures opérées par Villers qui l'incita à essayer le *cyanure*. Il n'y a pas de coïncidence plus ou moins fortuite à invoquer dans ce cas. Ou M. Erichsen a emprunté son traitement à M. Villers, ou il l'a déduit des expérimentations physiologiques qui constatent les dépôts grisâtres et d'aspect diphthéritique sur les amygdales, l'intérieur des joues et la marge de l'anus. Dans l'une ou l'autre hypothèse, M. Erichsen faisait de l'homœopathie plus ou moins loyale, à moins qu'il ne préfère invoquer le brutal et ignorant empirisme.

Mais le *cyanure de mercure* n'est pas le seul médicament que nous préconisons contre la diphthérie. Le *sulfure de calcium* (*hepar sulfuris*) n'est pas un inconnu pour les homœopathes. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs un article que nous empruntons à la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* du 1er août 1883 et qui en dit plus long que tous les commentaires :

« Dans une remarquable étude sur le microbe du croup publiée par la *Revue scientifique*, M. Trouessart expose ainsi la médication curative de la diphthérie, et vante avec raison les avantages du sulfure de calcium :

La nature parasitaire de l'affection nous donne ses indications thérapeutiques : on peut même dire que le succès du traitement confirme ici de la façon la plus éclatante l'étiologie de la diphthérie. Mais on doit s'é-

tonner de la résistance que montrent tant de médecins à entrer franchement dans cette voie, malgré les résultats acquis : beaucoup de ceux qui reconnaissent en chirurgie les bienfaits du pansement de Lister et qui n'ouvriraient pas un panaris sans s'entourer du brouillard (*spray*) phéniqué, n'ont rien fait pour modifier dans le même sens le traitement du croup et des maladies à microbes. Il y a là une étrange contradiction et une inconséquence d'autant plus blâmable que les essais récents tentés à l'aide de la pilocarpine et du jaborandi sont loin de donner des résultats brillants ; alors que ces médicaments trop à la mode donnent une mortalité de plus de 90 pour 100, on conviendra qu'il n'est que temps d'y renoncer.

Le véritable traitement antiparasitaire applicable au croup est celui par les sulfureux, qui, pour être connu depuis longtemps, n'en est pas moins excellent. Pour ne pas remonter plus haut, on voit employer, en 1855, le foie de soufre, puis en 1859 le sulfure de soude (Bouchut), et les pastilles de soufre (Sénéchal et Duché), concurremment avec les acides appliqués sous forme de gargarisme.

Tout récemment, M. le Dr P. A. Fontaine, de Bar-sur-Seine, a préconisé le sulfure de calcium, qui lui a donné un nombre imposant de succès dans une longue épidémie de diphthérie (de 1874 à 1880). Dans l'espace de cinq ans, 444 cas de diphthérie ont été traités par le sulfure de calcium, avec le jus de citron pour adjuvant, et 41 malades seulement ont succombé ; encore, sur ce nombre en est-il 15 traités au début de l'épidémie, qui n'ont pu bénéficier de ce trai-

tement. C'est une mortalité de moins d'*un dixième*, tandis que les autres traitements donnent bien souvent la proportion inverse, ou une mortalité *des neuf dixièmes*, comme le montre l'exemple que nous avons cité. Ces chiffres se passent de commentaires.

Notre pratique personnelle nous permet de confirmer hautement les avantages du sulfure de calcium. Toutes les fois que l'on peut appliquer ce traitement dès le début, ou du moins avant que l'empoisonnement du sang n'amène la période asphyxique, on obtient une amélioration telle que beaucoup de médecins sont portés à mettre en doute le diagnostic, s'ils n'ont pas été à même de constater les fausses membranes et l'engorgement ganglionnaire que l'on considère comme caractéristique du croup confirmé. Ce résultat s'explique pourtant très bien quand on sait que les *schizomycètes ne peuvent prospérer que dans un milieu alcalin* ; c'est pourquoi tous les acides (acide sulfhydrique gazeux, acide chlorhydrique dilué et acide citrique) empêchent le développement des microcoques et dissocient facilement les fausses membranes. Chez les enfants indociles auxquels on fait difficilement accepter le jus de citron, nous nous sommes bien trouvé de l'emploi des bonbons à l'acide citrique, que fabriquent tous les confiseurs, et que les enfants sucent avec plaisir.

On ne saurait trop s'élever contre l'abus des vomitifs, et surtout de l'émétique, dont l'emploi banal, à l'occasion du malaise le plus insignifiant, ne peut que prédisposer l'enfant à contracter le croup s'il ne l'a pas déjà. Ce médicament violent laboure littéralement

le terrain sur lequel viendront se semer les microphytes qui flottent dans l'air ou entrent dans la bouche ; par les pustules que produit trop souvent le tartre stibié, les microcoques s'introduisent et vont pulluler dans le sang. Dans tous les cas où un vomitif est formellement indiqué par des symptômes pressants, l'ipécacuanha suffit et doit être préféré en raison de son action moins irritante sur les muqueuses.

Les pulvérisations d'acide phénique ont rendu des services dans l'angine couenneuse ; ce médicament dangereux, ou tout au moins difficile à manier *à l'intérieur*, n'a pas encore été employé régulièrement dans le croup des enfants, qui l'accepteront toujours avec beaucoup de peine ; mais rien n'empêche de saturer l'air de la chambre où se tient le malade de vapeurs d'acide phénique.

Quoi qu'il en soit, le sulfure de calcium paraît suffire dans la grande majorité des cas. On transforme ainsi une affection des plus malignes en une maladie des plus simples et dont l'issue est rarement fatale, si l'on a pu soutenir les forces du patient par des toniques et une alimentation convenable. Il ne reste plus à soigner qu'une angine ou une bronchite ordinaires contre lesquelles le médecin ne restera pas désarmé s'il sait faire un emploi judicieux des alcaloïdes et des autres moyens thérapeutiques qui sont entre ses mains. »

Notre indulgence ne nous permet pas de soupçonner un seul instant la bonne foi de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, quand elle vient nous recommander

un agent dont l'indication dans la diphthérie a été, jusqu'à M. Fontaine, exclusivement fournie par notre Ecole. Quant à la découverte du dosimètre de Bar-sur-Seine, elle s'expliquerait peut-être par ce fait qu'il a eu un homonyme que quelques homœopathes parisiens se rappellent avoir jadis rencontré aux séances de notre Société. Mais arrivons à la découverte (1) de M. Meunier, que ladite *Revue* nous fait connaître dans son numéro du 1er novembre 1883 :

« Tous les jours, de nouvelles observations viennent témoigner en faveur de ce traitement. Récemment, le Dr Meunier le préconisait hautement à la Société médicale de Reims, terminant ainsi une communication sur le sujet :

En présentant à la Société médicale la relation de tous les cas de croup que j'ai pu voir depuis 1880, que l'issue en ait été heureuse ou funeste, je n'ai qu'un but, que je dois préciser en deux mots.

J'ai, en effet, cru utile de signaler à l'attention de mes confrères la facilité avec laquelle on peut faire prendre à tout malade, *sous forme pilulaire ou granulaire*, un médicament si horriblement nauséeux dans les préparations pharmaceutiques ordinaires que, rapidement et le plus souvent d'emblée, le médecin se voit forcé de renoncer à son emploi.

Nous n'avons pas d'antidote contre la diphthérie ; je ne crois pas que les sulfures puissent être considérés

(1) Il y a des euphémismes qui s'imposent et dont il faut excuser la répétition.

A. C.

comme tels, mais j'ai la conviction qu'ils sont d'un puissant secours pour lutter contre elle, et cela par leur action parasiticide et par leur mode d'élimination.

En effet, c'est par la muqueuse pulmonaire qu'en grande partie s'éliminent les sulfures : l'haleine prend rapidement, après l'absorption de quelques granules, une odeur de barège prononcée. C'est une expérience inoffensive et facile à vérifier. Le seul inconvénient qui résulte de l'absorption à haute dose de sulfure, c'est une fétidité sulfhydrique prononcée des selles, qui quelquefois deviennent diarrhéiques ; mais ces phénomènes disparaissent avec l'emploi du médicament, ou à l'aide de moyens purgatifs ou laxatifs quelconques, si l'usage du sulfure est continué.

En résumé, la forme granulaire du sulfure de calcium ou de potassium met entre nos mains un agent véritablement actif et puissant contre les affections parasitaires des voies respiratoires, contre la diphthérie elle-même, la plus redoutable de ces affections et, en plus de cette action certaine et même indiscutable, il est sous cette forme granulaire accepté facilement des malades les plus difficiles et les plus timorés. »

Il y a dans le passage que nous venons de reproduire quelques mots en italique. Cette impertinence typographique est du fait de M. Meunier, comme on peut s'en assurer par la vérification du texte de la *Revue* qui, le 1er septembre 1885, consacrait un nouvel article au *sulfure de calcium* et quelques alinéas au traitement des hémorrhoïdes par le

capsicum ! Contentons-nous de son élucrubation sur l'*hepar sulfuris* :

« Le Dr Nowosky (de Marseille) préconise les sulfures intus et extra. Voici comment il s'exprime :

« Une solution concentrée de foie de soufre, appliquée localement sur la fausse membrane, m'a semblé hâter sa chute. L'idée me vint d'agir par l'assolement, c'est-à-dire d'imprégner l'organisme de sulfure alcalin pour produire un dégagement d'hydrogène sulfureux. Pour m'assurer de l'innocuité de cet agent, j'ai pris en une seule fois, une solution de 50 centigrammes de foie de soufre. Je n'en ai éprouvé que quelques renvois nidoreux. Le lendemain, j'en ai avalé un gramme dans la matinée et un gramme dans l'après-midi ; tout mon corps exhalait l'odeur sulfureuse, mais je n'ai ressenti d'autre inconvénient qu'un peu d'excitation. L'odeur sulfydrique étant fort désagréable, je n'ai pas poussé plus loin l'expérience.

Bientôt j'ai composé, pour administrer le sulfure de calcium la potion suivante :

Sulfure de calcium. . . .	2 gr.
Poudre de gomme arabique.	2 »
Alcool de menthe.	10
Sirop simple.	40 »
Eau.	80

Mes observations sur le traitement des maladies diphthéritiques par le sulfure de calcium portent sur une centaine de cas, dont seize cas de croup, terminés par la guérison ; je n'ai eu que deux décès à la suite

de quatre jours en convalescence d'une diphthérie accompagnée de jetage et d'un engorgement sous-maxillaire considérable.

Voici, du reste, le traitement formulé par le docteur Teste :

1° Tout d'abord, faire préparer, de manière à l'avoir toujours sous la main, un verre d'eau ;

2° D'heure en heure dans l'angine couenneuse, de quart d'heure en quart d'heure dans le croup, faire prendre au malade une, deux ou même trois gouttes d'eau bromée dans une cuillerée d'eau sucrée ;

3° Eloigner et réduire les doses au bout de quelques heures, mais sans jamais laisser entre elles plus de deux heures d'intervalle ;

4° Se servir d'une cuiller de verre ou d'un verre à liqueur ;

5° Diète absolue ou presque absolue, tonique ;

6° Gargarismes à l'eau vinaigrée ou salée ;

7° Placer dans la chambre du malade une soucoupe contenant une cuillerée d'eau bromée, qui sera renouvelée deux fois par 24 heures.

Eviter de donner du lait et des farineux pendant le traitement.

Les phénomènes généraux s'amendent rapidement sous l'influence de ce traitement. — Au bout de 18 à 20 heures, les fausses membranes commencent à se détacher.

L'eau bromée doit être conservée dans un flacon de verre noir et dans l'obscurité. »

besoin de toutes ses forces afin de lutter contre l'asphyxie. Généralement le premier vomitif parvient à arracher quelques débris de fausses membranes, mais les vomitifs suivants n'ont pas même cet avantage.

J'ai l'habitude de laisser à la disposition des parents un vomitif, soit 2 grammes de poudre d'ipéca, soit 10 centigrammes de sulfate de cuivre, avec recommandation expresse de ne l'administrer, en mon absence, que dans un moment de suffocation extrême.

A propos des vomitifs, j'ouvre une parenthèse : si on se croit obligé d'en administrer un, qu'on le donne à forte dose ; l'excès en sera expulsé. Qu'on n'imite pas ces gens pusillanimes qui, pour éviter de fatiguer davantage un enfant, prescrivent le sirop d'ipéca par cuillerées à café ; ils n'obtiennent que des effets où nuls ou insuffisants, au grand préjudice du malade. »

On pourrait croire en lisant notre article, que nous avons voulu nous livrer au *jeu des combles*. Certes, telle n'était pas notre intention et que le reproche retombe sur cette excellente *Revue* à laquelle nous faisons des emprunts plus étranges les uns que les autres. Le dernier que nous insérons ici, et que nous trouvons dans le numéro du 15 janvier 1884, nous vante les bons effets du brome. Oui, du brome, préconisé par les docteurs Hering, Ozanam et Teste. Ce dernier confrère obtient même l'honneur de la citation à la *Société de médecine pratique*.

« M. Mollereau vient de communiquer à la *Société de médecine pratique* un cas de guérison de diphthérie au moyen de l'eau bromée, préconisée par le Dr Teste, en 1877. Le sujet de son observation est son propre fils qui, grâce à ce traitement, entrait au bout

CLINIQUE MÉDICALE
DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(Service de M. le docteur P. JOUSSET.)

2e CONFÉRENCE (1).

SOMMAIRE. — Pleurésie avec accès pernicieux. — Observation. — Fièvre pernicieuse dans la pleurésie. — Signes physiques de la pleurésie. — De la température au point de vue du diagnostic. — Tracé thermique dans la fièvre typhoïde.— Signes caractéristiques. — Tracé thermique dans les fièvres continues et éruptives, les rhumatismes, la diathèse purulente, la phthisie aiguë.

Messieurs,

Je disais dans la dernière leçon (2) que nous nous occuperions de la température au point de vue du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques ; mais auparavant nous vous parlerons d'une malade qui est dans le service et dont l'histoire est très intéressante à plus d'un point de vue. Cette malade, qui est dans la grande salle des femmes, au lit n° 5, est une pleurétique ; mais ce diagnostic n'a pu être porté tout d'abord, il y a eu des hésitations,

(1) Recueillie et rédigée par l'interne du service.

(2) Nous ne reproduirons pas notre première leçon parce qu'elle a été entièrement consacrée à l'exposition de généralités thérapeutiques qui ont paru l'année dernière dans le *Bulletin*.

et on aurait pu croire avoir affaire à une fièvre typhoïde. Voici son observation :

C'est une jeune fille de 16 ans, d'une bonne santé habituelle ; le 4 novembre elle a eu une otite qui le lendemain a donné lieu à un écoulement de sang et de pus ; elle a eu en même temps des coliques et une diarrhée qui a persisté après son entrée à l'hôpital.— Le 6 novembre, veille de son entrée, sa pleurésie a débuté par des frissons, un point de côté, toux sèche, fièvre ardente avec délire, dyspnée assez prononcée et douleur vive à chaque inspiration au creux de l'estomac.

Elle est entrée le 7 novembre, à 8 h. du matin, à l'hôpital avec une température de 38°8, ayant l'aspect d'une fièvre typhoïde, de la douleur dans la fosse iliaque droite et aussi dans la fosse iliaque gauche ; il y avait aussi une douleur excessivement vive à la pression à l'épigastre, le long du sternum et au-dessus de la clavicule, sur le trajet du nerf phrénique, comme dans la pleurésie diaphragmatique. En arrière du côté droit, matité absolue dans les 2/3 inférieurs du poumon. Cette matité affectait une courbe à convexité supérieure, abolition des vibrations thoraciques. En avant, la percussion au niveau de la clavicule donne un son tympanique. A 4 h. du soir, la température était 39°5, et à 8 h. du soir elle montait à 40°8 ; il y avait de l'anxiété, un peu de délire ; de plus, un aspect grave qui pouvait faire croire à un accès pernicieux. En effet, cette élévation de température s'accompagnant de délire, l'accès qu'elle avait eu la veille à peu près à la même heure paraissaient

des indications suffisantes ; et on a donné du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme 50 centig.

Le lendemain matin, la température était de 38°3 ; dans la journée, diarrhée assez abondante ; mêmes signes à l'auscultation, et à la percussion, souffle et matité ; le soir l'accès s'est reproduit, mais avec moins d'anxiété et pas de délire. On a donné de nouveau 1 gr. 50 de sulfate de quinine à la fin de l'accès.

Le 9 novembre, la température est tombée à 37°8 le matin. La douleur à l'épigastre est moins marquée, mais la malade se plaint d'un point de côté qui l'empêche de respirer. Le souffle est toujours aussi fort ; mais on entend des frottements ayant l'apparence de râles crépitants à bulles presque égales et ne s'entendant qu'à l'inspiration. C'est ce faux râle crépitant qui a souvent fait hésiter entre une pleurésie et une pneumonie. Le matin je lui ai donné bryone (6e) et encore 0, 50 c. de sulfate de quinine. Temp. soir 39°3.

Le 10 novembre, moins de stupeur, la diarrhée diminue, la langue se nettoie. Température matin 38°2 ; soir 38°3.

Le 11 novembre, 9e jour de la maladie, T. M. 37 ; T. S. 37°9. La figure redevient de plus en plus naturelle et la pleurésie prend un aspect classique : oppression, toux sèche, souffle, égophonie, etc.

Aujourd'hui, nous sommes en présence d'un épanchement pleurétique sans fièvre ; la matité affecte une courbe à convexité supérieure bien dessinée, il y a de l'égophonie et du souffle qui depuis trois

jours tend à devenir un peu plus doux. On perçoit aussi quelques frottements aux limites latérales de l'épanchement sous l'aisselle.

Maintenant le diagnostic est facile, c'est une pleurésie, tout paraît clair ; mais il n'en était pas ainsi au début. La pleurésie se présente habituellement avec une fièvre modérée et dépasse raremcnt 39°. Ici nous avions le soir de l'entrée 39°5 à 4 h. du soir et à 8 h. 40°8. Cette température élevée, l'oppression considérable, la stupeur, la douleur dans la fosse iliaque, les épistaxis des jours préccédents, l'accès grave de la veille qui pouvait faire craindre une mort imminente, tout concourait pour faire errer le diagnostic.

Nous trouvions du souffle ; ce pouvait être une pneumonie. Nous avons dû élaguer la pneumonie en raison des autres signes ; la matité affectant la forme d'une courbe à convexité supérieure avec deux branches descendantes : une longue du côté de l'aisselle et une petite du côté de la colonne vertébrale. De plus, il n'y avait pas d'expectoration ; mais il y a des pneumoniques qui n'expectorent pas (les vieillards) ; il y a des gens qui ne savent pas cracher. En résumé, l'égophonie, la courbe de la matité le bruit skodique, la douleur que la malade avait éprouvée sur le trajet du nerf phrénique au début, tout cela pouvait s'accorder avec une pleurésie, mais non avec une pneumonie. C'était donc une pleurésie.

Mais qu'est-ce que cet *accès pernicieux* qui a menacé la vie de cette malade ? Il y a des pneumonies,

pernicieuses, des pleurésies pernicieuses ; c'est ce qu'on a appelé *febris comitata*. Il y a aussi des accès pernicieux qui surviennent dans le cours d'une maladie. Dans les pleurésies et pneumonies pernicieuses on trouve, au moment de l'accès, du soufle, des râles crépitants, de la matité, etc., tous les signes d'une pleurésie ou d'une pneumonie ; mais tous ces signes disparaissent après l'accès. Chez notre malade, rien de pareil ; il n'y a pas eu d'amendement des signes locaux dans l'intervalle des accès ; matité, souffle, dyspnée, douleur à l'épigastre, tout a persisté. Cette malade n'a pas eu une pleurésie pernicieuse, mais un accès pernicieux dans le cours de sa maladie.

C'est en voyant la température de cette malade que nous avons eu l'idée de vous parler de la *température au point de vue du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques*.

Nous parlerons d'abord des caractères du tracé de la température dans la fièvre typhoïde au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement ; nous dirons ce qui est type et ce qui est exception.

Le tracé type dans la fièvre typhoïde présente trois phases : une première période ascendante par échelons pendant le 1er septenaire ; une deuxième période, d'état, durant laquelle le niveau ne descend pas, pendant le deuxième septenaire ; et enfin une troisième période descendante par échelons pendant le troisième septenaire.

Dans la première période, l'ascension se fait assez régulièrement de telle sorte que la rémission du

matin est à peu près égale à la moitié de l'ascension de la veille : par exemple, la température du matin étant 37°, le soir on aura 38° ; le lendemain matin 37°5 et le soir 38°5 ; le troisième jour 38° le matin et 39°5 le soir ; le quatrième 38° et 39°5, etc. Le septième jour on aura 39°5 ou 40. Au 4e jour la température doit atteindre à 39°5 ou 40 et se maintenir jusqu'à l'apparition des taches lenticulaires. Il y a alors une légère rémission comme dans les fièvres éruptives ; puis la température remonte et constitue la période d'état jusqu'au 14e ou 15e jour ; alors la période descendante commence et la descente se fait graduellement par échelons jusqu'à ce qu'elle soit revenue à la température normale.

Quand le malade doit mourir, vers le milieu du deuxième septenaire ou au commencement du troisième à partir du 13e au 14e jour, on voit la période ascendante continuer et les maxima arriver à 40°, 41°, 42°.

Certaines fièvres typhoïdes ont des oscillations plus grandes que d'autres, et quoique les maxima soient très élevés : 40, 40°5, il y a de plus grandes rémissions dans la température du matin, le malade se repose pendant ce temps ; c'est un bon signe pour le pronostic.

Il y a un autre mode de terminaison qui n'entre pas dans le tracé classique ; je veux parler des grandes oscillations qui surviennent quelquefois à la fin de la fièvre typhoïde. Cette période est parfois très tenace et dure fort longtemps ; ainsi on voit des malades qui le soir ont une température de 40° et e matin 37° pendant plusieurs semaines. Ils se trou-

vent du reste très bien, mangent avec appétit et reprennent des forces. Soyez rassurés, ces grandes oscillations ne sont que le prélude d'une guérison un peu retardée.

Il y a des circonstances qui modifient le tracé. Les *hémorrhagies* abaissent la température quelquefois au-dessous de la normale. Si le malade ne succombe pas par suite de l'abondance du sang perdu, il peut se faire que la température se maintienne à un degré modéré. Certaines hémorrhagies semblent avoir une influence favorable sur la fièvre typhoïde; après l'hémorrhagie, la température ne remonte pas, et c'est le commencement de la convalescence. Les *vomissements*, une diarrhée très abondante, peuvent aussi amener un abaissement de la température.

Des *accès pernicieux* peuvent survenir dans le cours de la fièvre typhoïde. Pendant la période d'état d'une fièvre qui n'avait jusque là rien marqué de particulier, il survient tout à coup une ascension brusque de la température, de 1 à 2 degrés ; cet accès peut apparaître aussi bien le matin que le soir. Il ne faut pas prendre pour des accès pernicieux les grandes oscillations que l'on peut observer même dans la période d'état. Pour que ce soit un accès pernicieux, il faut qu'il y ait des symptômes pernicieux, des symptômes de malignité : lividité de la face, prostration considérable, oppression, aspect excessivement grave, quelquefois des douleurs extrêmement violentes, variables de siège et sans aucun rapport avec la maladie. Vous pouvez porter un pronostic grave ; car ces accidents sont constam-

ment mortels si on les méconnaît et si on ne les arrête pas par une intervention immédiate. Dans ces cas, il faut donner le sulfate de quinine à haute dose ; il n'est pas permis d'hésiter ni de chercher si le secale, le veratrum, etc., conviendraient mieux ; il faut empêcher le malade de mourir.

Il arrive souvent de voir un autre accès le lendemain; on avait 38° le matin et 39°5 le soir; tout à coup on a 40° le matin. L'accès peut venir à n'importe quelle heure, à 9 heures, à midi, à 2 heures, etc. Lorsqu'il survient un écart brusque de température dans les conditions que je vous ai indiquées, n'hésitez pas, donnez du sulfate de quinine à haute dose.

Quelle est la valeur des signes que l'on peut tirer du tracé de la température au point de vue du diagnostic? Wunderlich et Thomas ont posé des règles qui, si elles ne sont pas absolues, ont cependant une grande valeur. Dans la fièvre typhoïde, la température du jour doit être de 39° ; donc toute maladie qui présentera une température de 39°5 avant le 4e jour, ne sera pas une fièvre typhoïde. Toute maladie qui n'atteint pas 39°5 le 4e jour n'est pas non plus une fièvre typhoïde. Ce n'est pas absolu, mais c'est vrai le plus souvent.

Quand on veut apprécier le tracé de la température dans la fièvre typhoïde pour en tirer le diagnosnostic, il faut se demander quelles sont les maladies qui ont des tracés analogues : période ascendante, période d'état, période descendante.

Examinons la fièvre éphémère, la synoque, la

pneumonie, la pleurésie, les fièvres éruptives ; mais on ne peut pas longtemps se tromper à leur sujet : ce sont des maladies à ascension brusque et qui arrivent à 39°5 et plus avant le 4e jour, ou qui n'atteignent pas ce degré. Dans tous les cas, l'ascension ne se fait pas en échelons réguliers, elle est beaucoup plus brusque et arrive en un ou deux jours à la période d'état. C'est assurément parce qu'ils n'ont pas tenu compte du tracé thermique que les Anglais ont prétendu juguler la fièvre typhoïde avec baptisia tinctoria.

Il y a une erreur de diagnostic ; ce sont des synoques ou même des éphémères qui ont été prises pour des fièvres typhoïdes ; quand on fait un diagnostic rigoureux, on ne se fait point l'illusion de juguler la fièvre typhoïde.

Il y a des tracés absolument comparables au tracé de la fièvre typhoïde dans la *diathèse purulente* puerpérale ou traumatique. Lorrain a présenté un cas absolument semblable. Mais habituellement les oscillations sont bien plus grandes, la fièvre est rémittente. On a alors d'autres signes pour se guider : les frissons qui se répètent souvent, le facies de la diathèse purulente : face pâle, jaunâtre ; l'état puerpéral (femme qui vient d'accoucher). Quelquefois elles ont la fièvre typhoïde ; il faut savoir que cela existe.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, la température est rarement aussi élevée ; il y a pourtant quelquefois une grande ressemblance et il y a des fièvres typhoïdes qui ont des arthrites. Il faut alors consi-

dérer l'ensemble du tracé ; les arthrites sont peu prononcées dans la fièvre typhoïde; la diarrhée, les taches lenticulaires assureront le diagnostic.

Nous arrivons à une maladie sur laquelle on peut se tromper, je veux parler de la phthisie aiguë à forme typhoïde. (Il existe une observation d'une jeune fille qui fut traitée pour une fièvre typhoïde ; à l'autopsie, on trouva des granulations dans les poumons, le foie, la rate, et rien dans l'intestin.) Habituellement, dans la phthisie, la fièvre est plus rémittente, les oscillations sont plus grandes ; le pouls est plus fréquent que ne le comporte la température. On doit tenir compte des antécédents, de l'hérédité ; il y a aussi les signes fournis par l'auscultation des sommets, signes qui sont parfois très peu accusés et qu'il est difficile de saisir ; la tendance aux grandes sueurs est aussi un signe de phthisie. Il y aura, en un mot, un ensemble de symptômes qui pourront éclairer le diagnostic ; malgré tout, on se trompe quelquefois ; mais ce sont là des erreurs que l'on ne peut avoir à se reprocher et qui, malheureureusement, sont communes à beaucoup de médecins.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde est généralement peu difficile ; l'âge du malade, le concours des symptômes. Il y a des difficultés lorsqu'il s'agit des vieillards ou des tout jeunes enfants de 8 à 15 mois. Ce sont souvent des cas frustes.

En résumé, les caractères de la température sont:

1° Elévation progressive de la température période d'augment ; période descendante ou période des grandes oscillations.

2° Intensité de la chaleur fébrile qui est de 39° à 41°

3° Longeur du mouvement fébrile qui n'est pas moindre de 17 jours et qui peut durer soixante-dix à quatre-vingts jours.

L'éphémère, la synoque, la pneumonie, ont une ascension brusque et pas de durée.

Il n'y a que la phthisie qui ait une duré aussi longue ; les signes qui l'accompagnent la feront reconnaître suffisamment.

Dans notre prochaine leçon, nous étudierons la valeur pronostique de la température et les indications thérapeutiques qui s'y rattachent.

3e CONFÉRENCE

SOMMAIRE. — Signes pronostics tirés de la température. — Les grandes oscillations de la fin dans la fièvre typhoïde. — Doctrine des jours critiques démontrée par la température. — Indications thérapeutiques tirées de la température. — Pleurésie (suite de l'observation) — *Cantharis.* — Des kystes pleurétiques. — Pleurésie guérie par *cantharis* et *hepar sulfuris.* — Observation. — Pleurésie à allure suspecte guérie par *aconit.* Observation. — Des indications d'aconit, bryone et de cantharis dans la pleurésie. — La cantharide et le vésicatoire. — Scarlatine miliaire compliquée de diphthérie. — Observation.

Messieurs,

Nous nous sommes occupés, dans notre dernière leçon, du tracé thermique dans la fièvre typhoïde ; nous avons dit que toute fièvre qui dépassait 39°5 et montait à 40° avant le 4e jour n'était pas une fièvre

typhoïde ; que la phthisie avait un tracé semblable, ascension par échelon, et que les autres maladies qui présentent des tracés analogues sont accompagnées de circontances qui permettent de les reconnaître facilement ; nous n'y reviendrons pas.

Peut-on porter un pronostic d'après les indications fournies par le tracé thermique ? En général, le péril est en proportion de la haute thermalité, surtout si la rémission matutinale est peu marquée. Les fièvres typhoïdes, dont la température se maintient au-dessus de 40° pendant toute la période d'état, sont graves; au-dessous de 40° c'est d'un bon augure. Toutes les fois que la température dépasse 41°5 le soir et qu'elle ne descend le matin qu'à 40°8, c'est un signe de mort, d'après les séméiologistes modernes. Je n'ai jamais eu l'occasion de vérifier ces assertions à l'Hôpital Saint-Jacques : je ne puis donc que vous les signaler. Les oscillations dont les maxima sont élevés doivent faire porter un pronostic grave. Les grandes oscillations, au contraire, sont un signe favorable, lors même que la température du soir se maintiendrait au-dessus de 40°, pourvu que celle du matin soit au-dessous de 39°. Le pronostic est d'autant meilleur que les oscillations augmentent sans que les maxima du soir montent. Quoique la température du soir soit toujours élevée, il y a une période de la journée où le malade peut se reposer ; il n'est pas continuellement brûlé par le mouvement febrile.

Quant aux grandes oscillations qui arrivent au 3e septenaire, elles ne doivent inspirer aucune crainte. Elles peuvent se prolonger pendant des semaines

avec 37° le matin et 40° le soir, sans que le pronostic soit pour cela plus sérieux. Tous les auteurs, du reste, considèrent comme favorables ces grandes oscillations de la fin. Que doit-on faire dans ces cas-là ? Y a-t-il un moyen de faire baisser la température, de couper ces accès qui reviennent tous les soirs ? Cette température élevée le soir finit souvent par inspirer de l'inquiétude ; ainsi, j'ai été appelé une fois pour l'enfant d'un confrère qui commençait à s'effrayer de la durée de cette période d'oscillations. Cet enfant avait tous les soirs une température de 40°, et le matin elle retombait à 37° : il se trouvait bien du reste, mangeait, reprenait des forces, avait de l'entrain et n'était pas trop incommodé par cette fièvre du soir ; j'ai rassuré les parents. Cet état s'est prolongé pendant près de trois semaines. J'ai tout fait, tout essayé, sans arriver au moindre résultat. Le sulfate de quinine à haute dose n'a amené aucune modification dans la régularité de ce tracé; j'ai donné china; j'ai donné lycopodium, parce que c'est un médicament du soir : rien n'y a fait. L'enfant, du reste, est parfaitement guéri. Nous sommes complètement désarmés contre ces oscillations de la fin ; c'est une lacune peu regrettable, puisque cette période d'oscillations n'a jamais eu de conséquences graves.

Quand vous voyez, à la fin du 2e septenaire, les maxima s'élever au lieu de desendre et les minima les suivre en échelon, c'est un mauvais signe, et vous devez craindre une terminaison fâcheuse. Ce n'est pas absolument fatal; ces malades peuvent

guérir ; mais ce n'est pas la marche régulière de la maladie, c'est un indice de gravité ou de complication dans le cours de la fièvre. A la fin du 2e septenaire, on doit espérer l'échelon descendant ; c'est la marche régulière de la fièvre typhoïde.

Si vous voyez des abaissements notables de la température arriver les jours critiques, c'est un bon signe. La fièvre typhoïde marche par septenaires. Lorsqu'il y a un abaisement à la fin du 2e septenaire, c'est, je le répète, d'un bon augure ; il me semble que la fièvre a une marche regulière. Les jours critiques sont : les 4e, 7e, 11e, 14e, 17e, 20e, 24e jours. Cette doctrine, que l'on trouve dans la tradition médicale, est établie sur des observations rigoureuses. Il est de mode aujourd'hui de nier les jours critiques et il est intéressant de constater que des auteurs qui les rejettent décrivent la fièvre typhoïde par septenaires ; la fin du 3e septenaire est alors le 21e jour ; mais le plus souvent il est difficile de vérifier ce fait, parce qu'on ne peut pas toujours fixer au juste le début de la fièvre. Ce début n'est pas marqué par un signe certain ; il se confond avec les prodromes de la fièvre typhoïde.

Indications thérapeutiques. — La haute thermalité indique de préférence l'emploi de l'arsenic comme traitement. Ce médicament agit sur la grande chaleur ; il agit en diminuant graduellement et chaque jour la température sans amener de perturbations nuisibles. N'allez pas, sous le prétexte de faire baisser rapidement la température, tomber dans les exagérations de la méthode de Brand, qui consiste à plon-

ger les malades dans un bain froid sitôt que la température dépasse 39°5 ou 40°. Cette méthode n'avait pas d'insuccès de l'autre côté du Rhin ; il n'en a pas été de même ici. On a eu des pneumonies et des hémorrhagies qui ont amené la mort. Ces moyens doivent être réservés pour des cas exceptionnels et être employés avec une sage réserve. Dans la plupart des cas, on peut avoir recours aux lotions froides ou vinaigrées. C'est un bon moyen qui amène presque toujours un léger sentiment de bien-être aux malades.

Nous allons revenir à la jeune fille pleurétique dont je vous ai parlé dans ma dernière leçon ; je vous dirai ensuite quelques mots de deux autres malades qui ont eu une pleurésie qui a débuté dans nos salles.

La jeune fille, qui est au n° 5 de la salle des femmes, allait bien ; depuis le 15, la température oscillait entre 36°3 et 36°8 ou 37°, lorsque le 19 au soir la température a été de 37°4 et le lendemain matin 37°6. Pendant trois jours la température a été de 37° le matin et 38° le soir. Cette élévation dans la température est survenue sans cause appréciable. Le souffle était bien plus marqué et il y avait de nouveau une douleur de côté ; j'ai supprimé cantharis et l'ai remplacé par bryone. Aujourd'hui, la température ne dépasse pas 37°4 le soir.

Ce matin, les phénomènes stéthoscopiques sont assez curieux : en arrière, matité absolue; on entend la respiration éloignée à la base du poumon, tandis qu'il y a un souffle aigu à la région supérieure et de l'égophonie à la partie moyenne. En avant et sous l'aisselle, il y a de la matité, et en bas on entend un

souffle très marqué. Il y a là quelque chose d'anormal. Dans la pleurésie l'épanchement est habituellement plus abondant à la partie inférieure, d'où silence absolu du souffle à la base du thorax ; mais ici, la respiration s'entend faiblement à la base et le souffle est très marqué à la partie moyenne. Il est donc certain que l'épanchement est léger en bas, tandis qu'il est plus abondant à la partie moyenne. Si l'épanchement se faisait dans la cavité pleurale comme dans un vase inerte, le liquide devrait se mettre de niveau ; mais il n'en est pas ainsi. C'est bon dans l'hydropisie simple ; mais dans la pleurésie il y a épanchement avec inflammation et dans ce cas le liquide est enkysté. Il ne se met pas en équilibre suivant les lois de la pesanteur ; il affecte ordinairement la forme d'une courbe à convexité supérieure, la forme parabolique. On comprend que dans certains cas des adhérences des parois des kystes se faisant en bas, une certaine quantité de liquide peut être isolée en haut. Ces cas doivent être bien connus; car on trouve alors des signes propres à égarer le diagnostic.

Je ne dirai que quelques mots du jeune Américain qui se trouve dans la petite salle des hommes au n° 1. C'est un fils de phthisiques des deux côtés ; son père et sa mère sont morts de la poitrine. Pris en ville d'un point de côté, il a été traité par des vésicatoires à haute dose. A son entrée, on a constaté un épanchement pleurétique assez abondant : matité affectant la forme parabolique et occupant les deux tiers inférieurs du poumon gauche, souffle assez

intense, aphonie, etc. Malgré le peu d'efficacité des vésicatoires, le docteur Piedvache, qui faisait alors le service, a prescrit cantharis. Sous l'influence de ce médicament, l'épanchement s'est résorbé. Le tracé de la température a été peu élevé et s'est maintenu entre 37°5 et 38°5. On a ensuite donné hepar sulfuris (3e trit. décimale), et au bout de douze jours le malade entrait en convalescence. Quelque temps après, le malade ayant pris froid, a eu une rechute ; on a redonné cantharis et la guérison s'est de nouveau effectuée très rapidement. Dans cette maladie, cantharis a été le principal médicament. Il convient dans les pleurésies aux allures lentes lorsqu'il y a peu de fièvre et que le point de côté est peu douloureux.

Nous avons, dans une chambre, un jeune homme qui était entré à l'hôpital pour y subir l'opération du phimosis. Il a été pris de pleurésie, brusquement et sans cause appréciable. Point de côté excessif, le malade est assis sur son lit en proie à la plus vive anxiété ; il lui est impossible de se coucher et on a dû lui mettre trois oreillers pour le soutenir un peu ; température 38°5 et 39°5. Je n'entre pas dans les détails. Dès le lendemain il y avait de la matité et de l'égophonie le troisième jour après le point de côté. J'ai donné bryone T. M. à cause de la violence du point de côté. Puis j'avais une appréhension ; la pleurésie purulente est un accident des plaies, aussi je n'ai pas ménagé la bryone. Le quatrième jour, le malade pouvait se coucher horizontalement. Au commencement de la deuxième semaine de sa pleurésie, il y a eu une aggravation du mouvement fébrile ; c'était

peu de chose pendant trois jours ; mais le 3e jour il y a eu 40° le soir. J'étais toujours influencé par cette idée de purulence; la rémittence du mouvement fébrile dans la pleurésie est souvent un signe de purulence ; cependant il n'y avait pas de frissons, cela me rassurait un peu. Le sulfate de quinine a fait cesser l'intermittence ; mais la fièvre est restée intense et est devenue continue. Pendant cette aggravation du mouvement fébrile, l'épanchement a doublé. Aconit (XX gouttes) a amené en 24 heures une amélioration notable. Au bout de cinq jours, l'épanchement avait presque entièrement disparu et la fièvre était tombée. J'ai eu un moment l'intention de donner cantharis ; mais cela aurait été vouloir faire de la fantaisie ; du moment que tout allait bien avec aconit, il n'y avait rien à changer.

Les principaux médicaments de la pleurésie sont bryone, aconit et cantharis ; mais il faut autant que possible donner le même médicament dans la même maladie et ne changer que lorsqu'il y a des indications particulières et si le premier ne produit plus d'effet.

Aconit est indiqué surtout par le mouvement fébrile lorsqu'il est très marqué : habituellement dans la pleurésie le mouvement fébrile est modéré. Toutes les fois que l'épanchement est un peu abondant et la fièvre forte, donnez aconit en teinture mère à la dose de XX gouttes par jour. Quand le mouvement fébrile cesse, si l'épanchement diminue en temps, continuez aconit, respectez le mouvement qui se fait vers la guérison. Comme vous l'avez vu dans l'ob-

servation précédente, c'est un résultat assez beau de guérir une pleurésie en cinq jours.

L'indication de bryone est vulgaire : c'est la violence du point de côté. On doit aussi y avoir recours lorsque l'épanchement est énorme ; il y a alors la ponction ; mais avant la ponction, bryone est indiquée. J'ai signalé dans la 2e série de mes cliniques un fait bien intéressant : il s'agissait d'une rechute de pleurésie, l'épanchement s'était reproduit rapidement et était énorme. On était prêt à faire la ponction ; bryone a réussi et a rendu la ponction inutile.

Enfin, j'arrive à un médicament que notre école a créé, je veux parler de cantharis. C'est J.-P. Tessier qui l'a mis en honneur. Le vésicatoire guérit quelquefois et il y a des cas nombreux où le vésicatoire fait du bien. Dans l'école allopathique, le vésicatoire est la clef de voûte du traitement de la pleurésie. Les uns le prescrivent au début, d'autres au déclin, d'autres dans la période d'état, enfin il y a des médecins qui nient son action et disent : « Il faut mettre un vésicatoire pour plaire à la famille, pour sauver le prestige, etc. » J.-P. Tessier, doué d'un esprit médical poussé à un très haut degré, a vu que le vésicatoire agissait par l'absorption de la cantharide. Du reste, cantharis est homœopathique à la pleurésie ; on trouve, dans sa pathogénésie, des épanchements dans la plèvre. C'est le médicament de l'épanchement moyen sans complication. On le donne ordinairement à la 3e dilution, quelquefois en teinture mère dans les cas de pleurésie chronique. Ce médicament nous a été pris par les allopathes : un médecin de Lyon a

publié un travail sur ce sujet : « Du traitement de la pleurésie par la cantharide. » Il y a des cas où le pleurétique n'ayant plus de fièvre, l'épanchement ne se résorbe pas ; donnez alors hepar sulfuris, je n'ai jamais employé que la 6e dilution. Ce médicament complète l'action de cantharis et confirme la convalescence.

Je vous parlerai, pour terminer cette conférence, d'un enfant qui se trouve dans la chambre n° 11 et qui présente un cas de scarlatine. C'est un enfant de 12 ans, qui a déjà été ici, il y a un mois, pour la rougeole ; il est entré le 15 novembre et la maladie avait débuté le 12. A son entrée, le 4e jour de la maladie, la température est de 39° le matin et 39°5 le soir ; le pouls est faible, petit, et comme le disaient les anciens, obscur ; c'est un des caractères du pouls de la scarlatine. Il a du gonflement des amygdales et un engorgement notable des ganglions du cou, surtout à gauche ; de plus, on voit un enduit blanchâtre sur les amygdales ressemblant à des fausses membranes : toux rauque, éteinte et aphonie presque complète. Son état était alarmant ; il s'agissait d'une angine diphthéritique doublant la scarlatine. Ce n'était pas la scarlatine lisse, c'était une éruption rouge parsemée de points miliaires. Cette éruption s'était produite l'avant-veille de son entrée, le 2e jour de la maladie. J'ai donné aconit (XX gouttes) et cyanure de mercure (3e trituration, 0.20 c.) Le lendemain, T. M. 38°9 ; T. S. 39°5. La toux a le même caractère et est très fréquente. Crachats abondants

composés surtout de salive ; la déglutition est difficile.

Le 6e jour, la température baisse le matin, elle est la même le soir ; l'aphonie et la toux continuent ; celle-ci est plus grasse et s'accompagne de quelques crachats jaunâtres ; il y a toujours des fausses membranes dans l'arrière-gorge. Je cesse aconit et donne cyanure de mercure seul. Le lendemain, la température remonte le matin à 39° ; est-ce parce que aconit a été supprimé ? Aphonie, toux plus grasse. Je donne lachesis (6e dilution) et cyanure de mercure (3e trituration) 0,20 c.

Le 8e jour, il n'y a plus de fausses membranes. Je continue lachesis à cause de l'abattement. T. M. 39° ; T. S. 39°5.

Le 10e jour la température s'élève le matin à 38°8 et le soir à 40° et cela sans cause apparente. Le malade se trouve cependant mieux, la gorge ne présente rien de particulier et l'examen des urines ne décèle pas d'albumine. Je donne de nouveau aconit en teinture mère à la dose de XX gouttes. L'enfant se trouve mieux aujourd'hui ; il y avait là seulement un accident fébrile.

Ce n'est pas un cas de scarlatine ordinaire ; c'est la scarlatine angineuse, scarlatine miliaire. Elle demande, pour traitement, non la belladone, mais aconit. C'est une maladie plus longue que la scarlatine ordinaire. J'en ai vu quelquefois durer deux ou trois semaines, comme la fièvre typhoïde.

QUATRIÈME CONFÉRENCE (1).

SOMMAIRE. — Scarlatine lisse et scarlatine miliaire. — *Cyanure de mercure* et *lachesis*. — Otite moyenne. — Traitement. — Hémoptysie fébrile et pleurésie. — Observation. — *Ipéca, millefolium, aconit*. — Exposé de la séméiotique du cœur. — Goutte et endocardite goutteuse. — Observation. — *Ledum palustre* et *china*. — *Chininum sulfuricum*. — Rhumatisme ; caractères cliniques différentiels de la goutte. — Observation. — *Bryone*. — *Aconit*. — *Chininum sulfuricum, salicylate de soude*.

Messieurs,

Je vais, en commençant, vous dire quelques mots des malades du service, dont je vous ai parlé dans ma dernière leçon. L'enfant, atteint de scarlatine, est en bonne voie de guérison. Il y a quelques remarques à faire sur ce cas de scarlatine : il y a eu une angine qui a présenté une certaine gravité ; elle n'a cédé que le 9e jour, et le mouvement fébrile a continué jusqu'au 14e jour. Dans la scarlatine ordinaire, classique, la fièvre disparaît du 7e au 11e jour ; mais ce n'était pas ici la *scarlatine lisse*, c'était la *scarlatine miliaire*. Dans cette forme-là, l'angine est plus grave ; souvent, c'est une vraie diphthérie avec de la prostration considérable et état très grave. L'épidémie de *mal de gorge gangreneux* dont Huxam nous a laissé l'histoire est un type de la scarlatine miliaire. La desquamation est aussi plus tardive. A cette forme particulière, il faut aussi un traitement particulier ; c'est *aconit* qui convient le mieux, et non belladone, comme dans la scarlatine classique. Chez notre

(1) Rédigée par l'interne de service.

petit malade, le traitement a été aconit et belladone, et l'angine a été traitée, en raison de son caractère particulier, par *cyanure de mercure* et *lachesis*.

La jeune pleurétique, qui est au n° 5 de la salle des femmes, va de mieux en mieux. Elle prend en ce moment hepar sulfuris, elle a de l'appétit et ses forces reviennent.

A son entrée elle avait une otite suppurée avec perforation du tympan. En ce moment l'ouïe est rétablie. Avec le traitement homœopathique on obtient toujours d'excellents résultats dans l'otite aiguë. Pulsatilla est le médicament principal ; on le donne ordinairement à la 3e dilution.

Nous avons en ce moment dans la salle des hommes, au lit n° 6, un cas assez intéressant ; c'est une pleurésie qui s'est développée dans le service.

C'est un homme de 28 ans, d'une bonne constitution. Il éprouvait depuis six mois une douleur assez vive au côté droit, chaque fois qu'il voulait se baisser ; il ne s'en préoccupait pas beaucoup, mais il a été pris tout à coup, il y a deux mois, de quintes de toux suivies d'hémoptysies abondantes qui ont persisté pendant trois semaines. Il a été traité alors par le perchlorure de fer.

Il y a un mois et demi, ses hémoptysies sont revenues, et c'est pour cela qu'il est entré à l'hôpital Saint-Jacques le 27 octobre.

A son entrée, il expectorait chaque jour un demi-crachoir de sang, et il disait en avoir rendu près d'un litre la veille de son entrée. Chez ce malade, les

hémoptysies ont été accompagnées d'une élévation de température, 37°6 le matin et 39° le soir.

Il a été traité par *ipeca* 1re décimale, qui est resté sans effet, puis par *millefolium*, et on a été obligé de descendre à la teinture mère pour arrêter ces hémoptysies. Presque toujours millefolium (3e dilution) est parfaitement suffisant.

Ce malade paraissait être en bonne voie de guérison ; la température oscillait entre 36°6 et 37°2, lorsque le mouvement fébrile a reparu. La température s'est élevée, non brusquement comme cela arrivait pour les hémoptysies précédentes, mais en échelon : au lieu de faire une hémoptysie, il a fait une pleurésie.

Le 21 novembre il se plaint, à la visite, d'un point de côté à droite qui l'a empêché de dormir ; la douleur était très vive et s'irradiait vers l'épaule droite. La veille au soir, on avait trouvé en arrière, à la base du poumon, des craquements secs ; c'étaient évidemment des frottements pleurétiques qui marquaient le début de la maladie. La température s'était élevée à 38°5 le soir.

Ce matin, on trouve, en effet, du souffle à la partie moyenne, de l'égophonie et encore quelques frottements quand le malade respire profondément, ce qu'il ne peut faire qu'au prix d'une violente douleur. On donne *byrone* et *aconit* teinture mère 20 gouttes.

Le lendemain, 22 novembre, matité absolue en arrière, remontant presque à l'épine de l'omoplate. Egophonie et souffle dans la fosse sous-épineuse et sous l'aisselle.

Le 23 novembre, 3e jour de la pleurésie, le point de côté a beaucoup diminué, l'anxiété a disparu, et quoique la température soit encore de 38° le matin et de 39° le soir, le malade paraît très calme. Il semble que dans une pleurésie, lorsque l'épanchement est produit, le malade éprouve un calme relatif. C'est la période d'état de la maladie. *Aconit* teinture mère, 20 gouttes, est continué.

Le mouvement fébrile étant tombé le 27 novembre, j'ai remplacé aconit par *cantharis* à la 3e dilution.

Le malade est aujourd'hui en bonne voie, l'épanchement a considérablement diminué et la température est à peu près normale.

Il y a certaines remarques à faire dans ce cas : d'abord, les hémoptysies se sont accompagnées d'une élévation considérable de la température, 39 degrés comme pour une pneumonie. Puis ces hémoptysies sont suivies d'une pleurésie énorme. Ne devons-nous pas diagnostiquer ici un processus tuberculeux ?

Nous avons eu, l'année dernière, un malade qui a présenté des symptômes analogues ; il y a eu aussi des hémoptysies abondantes et une pleurésie consécutive. Ce malade est parfaitement guéri.

Cette coïncidence d'hémoptysies abondantes et de pleurésie avec épanchement considérable n'est donc pas d'un pronostic absolument fâcheux ; il ne faudrait pas cependant en méconnaître la gravité habituelle.

Nous avons à vous parler maintenant de deux malades : l'un atteint d'arthrite goutteuse ; l'autre de rhumatisme articulaire aigu. Celui qui est atteint

de goutte a, de plus, une endocardite chronique.

Dans l'état physiologique, l'auscultation du cœur nous présente deux bruits et deux silences. Le premier bruit, qui se produit pendant la systole et qui coïncide avec le pouls et le choc précordial, est dû au claquement des valvules auriculo-ventriculaires, qui se relèvent brusquement pour s'opposer au reflux du sang dans l'oreillette; pendant que les sygmoïdes se redressent et ouvrent les orifices artériels, le sang se trouve ainsi lancé dans les artères. Ce bruit a pour caractère d'être sourd, prolongé, profond ; il a son maximum d'intensité à la pointe du cœur, au-dessous du mamelon et un peu au dehors pour le cœur gauche, à l'épigastre pour le cœur droit; il est séparé du 2e bruit par un silence très court pendant lequel les oreillettes s'emplissent.

Le deuxième bruit du cœur est plus clair, plus bref, plus superficiel, il est dû au claquement des valvules sygmoïdes qui s'abaissent brusquement sous l'influence de la pression du sang renfermé dans les artères, s'opposant ainsi à son retour dans les ventricules qui viennent de le lancer dans le système artériel. Ce bruit se prolonge dans les artères et il a son maximum d'intensité à la base du cœur, sur la partie latérale droite du sternum, au niveau de l'articulation de la 3e côte droite pour l'orifice aortique, au niveau de l'articulation de la 3e côte gauche pour l'orifice pulmonaire. Le deuxième bruit a donc son maximum au niveau même du foyer de sa production ; il coïncide avec la diastole ventriculaire.

A ce dernier bruit succède le grand silence pendant

lequel les deux oreillettes se contractent simultanement et emplissent les ventricules.

Telle est à peu près l'histoire de la physiologie des bruits du cœur. Nous ajouterons qu'en clinique, quand on parle de la systole du cœur, on n'a en vue que la contraction des ventricules et que les mots bruits et temps s'emploient indifféremment ; ainsi, on dit 1er bruit ou bruit systolique, 2e bruit ou bruit diastolique.

Il existe quatre points d'auscultation des bruits du cœur.

Les lésions des orifices artériels se manifestent par des bruits de souffle, qui ont leur maximum d'intensité à la base du cœur, au niveau de la troisième côte droite pour l'aorte et au niveau de la troisième côte gauche pour l'artère pulmonaire.

Les deux autres points d'auscultation sont à la pointe du cœur et correspondent aux lésions auriculo-ventriculaires. Pour l'orifice mitral, le point d'auscultation est à la pointe même du cœur et pour l'orifice tricuspide à l'épigastre.

Dans l'insuffisance aortique, l'auscultation révèle l'existence d'un bruit de souffle qui a son maximum à la base du cœur, au niveau du bord inférieur de la troisième côte, près le bord droit du sternum. Ce souffle est au second temps, il est diastolique, c'est-à-dire qu'il se produit au moment où le sang qui a été lancé dans l'aorte reflue dans le ventricule par le fait de l'insuffisance; il remplace le second bruit produit normalement par le claquement des valvules sygmoïdes.

Dans le rétrécissement aortique, l'auscultation révèle un bruit de souffle au premier temps, dont le maximum est à la base également et au même niveau que dans l'insuffisance.

Ce bruit est donc systolique et se produit par la difficulté qu'éprouve le sang lancé par la contraction du ventricule, à passer par un orifice rétréci. Dans ce cas, le ventricule est hypertrophié, moins pourtant que dans l'insuffisance ; mais le pouls est petit et régulier, et sa petitesse contraste avec l'hypertrophie du ventricule.

Les lésions des orifices auriculo-ventriculaires donnent naissance à des bruits pathologiques qui ont leur maximum d'intensité à la pointe du cœur.

Dans l'insuffisance mitrale, l'auscultation révèle un bruit de souffle à la pointe à gauche du sternum, dans le 4e ou 5e espace intercostal. Ce bruit est au premier temps, systolique, il se produit par le retour du sang du ventricule dans l'oreillette ; le claquement de la valvule mitrale se trouve remplacé par un bruit de souffle.

Dans le rétrécissement mitral, le sang passe difficilement de l'oreillette dans le ventricule ; il en résulte un bruit de souffle qui a son maximum à la pointe et qui précède la systole ventriculaire et le premier bruit ; c'est un souffle présystolique qui se produit à la fin du grand silence.

Ordinairement il y a à la fois retrécissement et insuffisance mitrale : ces lésions se traduisent par la fusion des deux bruits de souffle, c'est-à-dire, par un

souffle pendant la systole et une sorte de bruit de roulement pendant la diastole.

Il y a aussi les signes tirés du pouls ; dans les lésions mitrales, le pouls est très petit, son tracé donne des oscillations peu accentuées, régulières si la compensation existe, irrégulières et inégales dans le cas contraire.

Dans l'insuffisance aortique le pouls est grand, bondissant et rétrocédant ; ces caractères sont surtout accusés lorsqu'on fait lever le bras au malade.

Le caractère bondissant du pouls est dû à la force de projection de l'ondée sanguine lancée par un ventricule hypertrophié, et sa rétrocession s'explique par le reflux brusque du sang dans le ventricule et par la diminution de la tension artérielle qui en résulte. Le sphygmographe rend parfaitement ce double caractère. La ligne d'ascension est verticale, ce qui marque la rapidité de l'expansion vasculaire ; à son sommet, se trouve un petit crochet, indice de l'abaissement brusque de la tension artérielle.

Revenons maintenant à nos deux malades :

Le premier, qui est dans la grande salle au n° 10, est un homme de 53 ans ; il est entré le 24 octobre. Il y a dix ans, il eut un premier accès de goutte qui avait débuté par une douleur violente dans le gros orteil. Puis il a eu d'autres accès, d'abord tous les six mois, ensuite trois ou quatre fois par an, et enfin l'année dernière il a eu cinq ou six accès. Il faut noter que sa mère était goutteuse à 20 ans.

A son entrée, l'attaque avait débuté depuis 6 jours par le gros orteil droit et avait envahi successivement

le cou-de-pied et le genou ; le pied et le genou gauches étaient également pris, mais moins qu'à droite. Il a souvent des douleurs vives au cœur, comme si on le pinçait.

Les artères sont athéromateuses, le pouls est bondissant et dépressible au bras gauche ; à droite, il n'a pas les mêmes caractères, il est moins bondissant et n'est pas dépressible.

L'auscultation révèle un double bruit de souffle vers le bord droit du sternum, au niveau du 2e espace intercostal ; ces bruits sont : l'un au premier temps, l'autre au second temps.

Il a été traité par *ignatia* (1re) et *colchicum* (1re), jusqu'au 3 novembre, sans qu'il y eût de modification dans son état.

Du 3 au 5 novembre, il a pris *iodium* teinture mère, 1 goutte.

Du 5 au 11 novembre, *ledum palustre* (3e) et *china* (3e) alternativement. Il y a eu une amélioration notable. Cependant, le 10, il y a eu une nouvelle poussée accompagnée d'une douleur vive au cœur, s'irradiant un peu vers l'épaule gauche.

Le 15 novembre, le tracé du pouls présentait, du côté droit, l'ascension brusque et le crochet de l'insuffisance aortique. Au bras gauche, au contraire, il présentait le plateau caractéristique de l'aortite. En analysant les bruits du cœur, nous avons perçu un bruit de souffle au 2e temps, et un bruit de souffle au 1er temps, siégeant également à la base. Comme nous l'avons déjà dit, il arrive souvent que le rétrécissement et l'insuffisance existent au même orifice.

Chez notre malade, le plateau indique qu'il y a également une aortite. Nous lui avons prescrit *chininum sulfuricum* (3e trituration) 0,20 c., puis 1re trituration 0,20 c. Au bout de 15 jours de ce traitement, les caractères du pouls étaient modifiés ; le pouls droit avait perdu son crochet. Le pouls de l'insuffisance avait disparu, les deux tracés sont à peu près semblables et présentent tous deux le plateau ; c'est le tracé de l'aortite. Jusqu'ici, les bruits de souffle au cœur ne paraissent pas avoir subi de modifications.

Son voisin, qui est au lit n° 12 est un homme de 42 ans. Il est entré le 27 octobre avec une attaque de rhumatisme ayant envahi les pieds, les genoux et le coude gauche.

Ce malade n'avait jamais eu de rhumatisme et ne connaît pas de rhumatisants dans sa famille. Il a été pris le 10 octobre, sans cause apparente, de courbature avec fièvre, et deux jours après, les genoux et les pieds étaient gonflés, rouges et excessivement douloureux. Le rhumatisme a des caractères bien différents de ceux de la goutte : tandis que la goutte se localise dans une articulation et s'y fixe pour ainsi dire, le rhumatisme passe d'une articulation à l'autre et cette grande mobilité est un de ses caractères principaux. Dans le rhumatisme, il y a de la fièvre et la température est en rapport avec le nombre des articulations envahies. Le malade du n° 10 n'a jamais eu de fièvre ; celui-ci a 37°7 le matin et 38°5 le soir. L'auscultation du cœur révèle un léger souffle au 1er temps à la base, signe de rétrécissement aortique et dans ce cas souffle anémique.

On prescrit *chininum sulf.* 1re trituration, 0, 25 c. le 28 octobre; le lendemain on donne 0,75 c. du même médicament.

30 et 31 octobre.— Sueurs très abondantes qui ne soulagent pas le malade.

1er novembre. — Bryonia, teinture mère, 10 gouttes. La fièvre tombe un peu. Les jours suivants on continue bryone alternée avec ignatia, 5 gouttes. Jusqu'au 8 novembre, alternatives d'amélioration et d'aggravation. T. M. 37°; T. S. 38°5. Le 8 novembre nouvelle poussée, les mains et les poignets sont repris ; on donne *aconit*, teinture mère, 20 gouttes.

Le 14 novembre la température reste à 37° et 37°2 On prescrit *salicyate de soude* à la 3e trituration décimale, puis à la 2e, et il semble se produire une amélioration légère.

Le 21 novembre les douleurs ont à peu près disparu ; le malade commence à se lever ; il reste encore un peu de roideur dans les genoux. Le bruit de souffle au cœur a disparu. Nous donnons alors un vieux médicament du rhumastisme, *sulfur.* (6e) ; le malade va de mieux en mieux et sort le 29 novembre, entièrement guéri.

APPLICATIONS DE L'HOMŒOPATHIE
AUX AFFECTIONS CHIRURGICALES

(Par le Dr Kœch de Munich.)

DE LA GANGRÈNE.

Sous le nom de *gangrène*, on comprend la mort locale des tissus, une cessation dans l'afflux des sucs nourriciers, survenue le plus souvent à la suite de circulation interrompue dans les vaisseaux capillaires. Il meurt donc une partie du corps, pendant que les autres continuent à vivre. Les parties gangrenées sont sans exception éliminées ; le retour à la vie leur est impossible. Si, par exemple, un pied est atteint de gangrène, il peut, dans des conditions extraordinairement favorables, être spontanément éliminé ; le moignon se cicatrisera avec de simples pansements, et le corps, quoique mutilé par cette perte, peut totalement revenir à la santé. Le plus souvent, cependant, ces conditions favorables n'existent pas. Le malade atteint de gangrène à besoin du secours de l'art, d'un traitement interne approprié et de la main habile du chirurgien, s'il ne veut pas succomber, quoique cette dernière terminaison soit fatale lorsque la partie prise de gangrène est un organe important de la vie.

La gangrène d'un membre isolé et son élimination

spontanée, sans le secours de l'art, détermina dès les temps les plus reculés les amputations de membres maintenant si souvent pratiquées ; car on acquit, par la gangrène, l'expérience que de très grandes parties des membres pouvaient être enlevées sans danger pour l'existence ; c'est pourquoi, dans cette maladie, afin de hâter la guérison, on enlevait les parties gangrenées en sciant les os. Sans doute, à cette époque, la technique de ces opérations était très imparfaite, et l'opération, elle-même, très douloureuse. En dehors du fer rouge, on ne possédait aucun moyen de juguler et d'arrêter les hémorrhagies graves, consécutives aux amputations ; on ne connaissait aucun moyen d'anesthésie, tandis que, de nos jours, où l'on lie dès artères qui donnent, où l'on peut, au moyen du tourniquet, comprimer à ce point les artères qu'elle ne peuvent plus amener de sang à la plaie produite par l'amputation, où l'on est capable de rendre exsangue tout un membre en le serrant de bas en haut dans une bande élastique, où, par le chloroforme, on insensibilise à ce degré la personne à opérer, qu'elle n'a pas la moindre sensation de toute l'opération, où enfin l'on est capable, par le traitement antiseptique de la plaie, d'éviter tous les accidents de mauvaise nature contre lesquels on était désarmé autrefois, il est possible de tenter les amputations les plus grandes.

La cause de la gangrène est, comme il a été dit, la cessation de l'afflux des sucs nourriciers, c'est-à-dire du sang, dans les vaisseaux capillaires. Ce phénomène peut survenir dans les conditions les plus di

verses ; par *obturation d'un tronc artériel* ou de petites artères qui en dérivent, l'empêchement à la circulation n'est pas compensé par des artères voisines qui conduisant également le sang dans les mêmes parties, se chargent de cette tâche, phénomène que la physiologie appelle circulation collatérale ; *par la destruction totale de l'aptitude à vivre des tissus* au moyen d'une action mécanique ou chimique, comme,par exemple,l'écrasement, la destruction par chaleur ou froid excessif, les acides corrosifs, ou encore des éléments putrides, des poisons, du poison provenant de gangrène de la rate ; *par arrêt de l'afflux sanguin et de la circulation de retour*, par exemple au moyen de bandages circulaires trop solidement appliqués ; *par pression continue* sur un endroit déterminé, notamment s'il y a faiblesse du cœur déterminée par une maladie, d'où les eschares gangreneuses, par exemple, chez les typhiques, etc.

Déjà nos prédécesseurs distinguaient diverses espèces de gangrène, la *gangrène chaude*, Gangræna, dans laquelle la sensibilité subsiste,et dans laquelle il y a circulation du sang et possibilité de guérison, et *la gangrène froide*, Sphacelus, qui représente la forme grave, et mène certainement à la perte de la partie gangrenée. Actuellement, nous appelons *gangrena*, cette forme qui dans son évolution ressemble au processus ordinaire de putréfaction, et qui est liée à une cessation de la circulation dans la partie malade ; sous le nom de *gangrène sèche* (*momification*), nous désignons, au contraire, le dépérissement pro-

gressif et la dessiccation momiforme ou le ratatinement des parties gangrénées. Les deux formes évoluent soit avec des phénomènes inflammatoires (*gangrène chaude*), soit sans ces phénomènes (*gangrène froide*).

Dans la gangrène, les endroits atteints prennent, au début, une coloration rouge-sombre ; puis deviennent bleus et de couleur terne, et il se produit des vésicules jaunes et noires, gonflées de sang et d'un liquide sanguinolent ; la coloration bleue noircit par endroits ; tout le membre est tendre et dur, puis il se ramollit par endroits isolés et commence à sentir mauvais ; en même temps, il est froid et insensible. Dans la momification, que l'on observe le plus souvent chez les vieillards, à l'état de gangrène des orteils, *gangræna senilis*, il se forme aux orteils des taches brunes qui noircissent rapidement, et s'étendent peu à peu, jusqu'à ce que les orteils soient desséchés ; parfois ce processus morbide attaque les pieds et le bas de la jambe, ou bien il débute à l'état de gangrène humide, chaude, accompagné souvent de violentes douleurs et de tuméfaction. Le pus provenant d'ulcères gangreneux humides a une odeur extraordinairement mauvaise. La limite entre les parties de tissus qui dépérissent de la sorte, dans lesquelles il n'existe plus aucune circulation sanguine, et les tissus vivants, s'indique par une *ligne* dite de *démarcation*, une rougeur d'un rose vif, tout à l'entour de la peau mortifiée, déterminée par inflammation. A cette limite, se produit une émigration plus ou moins considérable de cellules migratrices por-

tant des tissus sains, en allemand : *suppuration*, en même temps qu'une granulation (envahissement de bourgeons charnus) provenant de la limite de ces derniers, par conséquent un processus spontané de segmentation, par lequel le mortifié est séparé d'avec le vivant.

Dans toutes les formes de la gangrène, même dans la gangrène des os, on rencontre cette tendance de la force curative de la nature qui s'efforce de venir ainsi au secours. Sans doute, l'effort n'est pas toujours couronné de succès. Chez les malades jeunes et vigoureux, quand il n'existe pas de gangrène étendue, ce processus d'élimination peut s'observer en peu de temps ; d'autre part, cependant, ce processus peut se prolonger jusqu'à causer la perte du malade ; ou bien du pus gangreneux, voire même de plus importantes parcelles gangrenées, peuvent parvenir dans les vaisseaux des parties saines, de là être entraînées plus loin par le flux sanguin, et provoquer des maladies dangereuses pour la vie, dans des parties du corps très éloignées, comme le poumon, par exemple, du foyer gangreneux local.

Les symptômes généraux occasionnés par la gangrène sont très-variés selon les causes étiologiques de la maladie. Existe-t-il un foyer gangreneux étendu, dans lequel l'élimination se prépare au moyen de la suppuration qui se développe, il apparaît un abattement progressif, un affaiblissement de toutes les fonctions corporelles ; il existe tantôt de la fièvre avec élévation de la température, tantôt la normale de la

température du corps baisse et le pouls devient petit, la langue sèche. Le plus souvent, les malades délirent, et ces délires, comme l'a fait remarquer le professeur von Nussbaum, dans ses leçons, affectent partout le même caractère; chez le roi comme chez le mendiant, chez le savant comme chez le bûcheron : les malades veulent endosser leurs vêtements, et quitter le lit, même ceux qui sont alités depuis des années. L'odeur exhalée par les gangreneux est abominable ; et dans les derniers temps qui précèdent la mort, il manque rarement une diarrhée profuse et nauséabonde. Le pronostic est très douteux et presque toujours grave.

De même que M. le professeur von Nussbaum a indiqué un traitement général pour les formes inflammatoires et ulcéreuses, de même il fait pour la gangrène, en commandant la prise en considération des cinq points suivants :

1° D'abord, dit-il, il faut agir sur *la cause* de la gangrène ; lorsque, par exemple, les vaisseaux sont à ce point comprimés par les muscles tuméfiés sur une membrane tendineuse que le sang ne peut circuler plus loin, et que, par conséquent, les parties noircies par ce sang sont condamnées au dépérissement par gangrène, il faut *débrider* au moyen d'incisions profondes ;

2° Il faut limiter la gangrène, de manière à ne pas lui permettre de s'étendre ; également par des incisions et la chaleur humide ;

3° Afin de ne pas empester l'air par la mauvaise odeur, il faut neutraliser l'*odeur gangreneuse* au

moyen d'eau chlorée, d'acide phénique, de pansement de Lister.

4° La *démarcation*, l'élimination, doit être activée par la chaleur humide, car rien ne provoque plus rapidement la suppuration ;

5° Enfin, il faut conserver les forces au moyen de bons potages, de bon vin, d'œufs et d'une décoction de quinquina.

Comment, en homœopathie, se comporte le traitement de la gangrène ? Possède-t-elle des remèdes pour combattre avec succès cette grave maladie ? Cette question qu'on peut nous poser, nous la tirons au clair en nous demandant : La matière médicale indique-t-elle des substances qui, lors de leur épreuve sur l'organisme *sain*, soient capables de produire avec toutes ses variétés anatomiques, cet état que nous appelons gangrène ?

Nous pouvons nettement répondre par l'affirmative ; nous avons quantité de ces remèdes. Avant tout, je me rappelle : *arsenic*, *secale*, *lachesis*, *kreosotum* ; puis les acides en général ; puis *kali phosphor.*, *carbo animalis* et *vegetabilis* ; puis *arnica*, *calendula*, *hypericum* et *symphitum* ; enfin : *asa fœtida*, *cornicum*, *plumbum*, *baryta*, etc., etc. Tous ces médicaments trouvent, dans cette maladie, leur application *homœopatique*, à cause de leur tendance plus ou moins accusée à provoquer une dissolution du sang, une sorte de septicémie, un dépérissement de la substance organique avec ou sans réaction consécutive. Nous pouvons même, en divisant la gan-

grène en humide, en chaude et en sèche, très bien répartir nos remèdes, en disant :

Répondent :

A la gangrène *chaude* : *Arsenic* et les acides ;

A la gangrène *froide : Secale*, *asa fœtida*, *carbo*

A la gangrène *sèche* : *Plumbum*, *ergotin* ;

A la gangrène *humide* : *Arsenic*, *lachesis*, *crotalus*, etc.

Puis donc que nos remèdes, à cause de leur force spécifique relativement à la maladie, agissent directement sur elle, nous nous trouverons rarement, avec nos remèdes, dans la nécessité de recourir aux moyens chirurgicaux, c'est-à-dire à l'emploi du couteau, lorsqu'en général la maladie se présente comme étant susceptible de guérison. Il va de soi que nous tiendrons en même temps la main à l'assainissement de l'air, à la bonne nourriture, etc., (lors des inflammations et des ulcères, nous avons déjà parlé des compresses humides) ; une adjonction d'*arnica*, de *calendula*, de *hypericum*, etc., augmentera, selon le cas morbide spécial, l'action de la chaleur humide.

Récapitulons les diverses formes de gangrène.

La gangrène inflammatoire est celle qui survient après les *traumatismes* et les *inflammations* ; la partie atteinte devient de plus en plus sombre, se couvre de vésicules jaunes et noires ; plus tard elle devient froide et insensible ; ceci va jusqu'à la ligne de démarcation. Les phénomènes subjectifs sont : sensation de froid dans le membre gangreneux ; chatouillements, fourmillements, sensation d'engourdissement du membre, abattement, fièvre, délire

avec tendance déambulatoire ; la peau et l'haleine sentent mauvais ; l'urine est trouble. Aussitôt après l'élimination de la partie gangrenée, tout cela cesse ; les malades se rétablissent avec la cessation de la fièvre et retour de l'appétit.

Lorsque nous autres, homœopathes, nous entreprenons un cas de cette nature, nous envisageons, avant tout, la cause de la maladie ou la manière dont elle est survenue. S'est-elle produite par un traumatisme, l'application externe de *calendula* nous réussira très bien. Si nous trouvons le malade au moment où il existe encore des vésicules vert-noirâtres à la partie affectée, nous ordonnons *lachesis* à l'intérieur. Le malade éprouve-t-il déjà des chatouillements et des fourmillements, nous amènerons rapidement la ligne de démarcation au moyen de *secale cornutum* ou *ergotin*. La constitution générale est-elle à ce point atteinte, qu'il y ait fièvre, délire, etc., nous aurons recours à *arsenic*, *chininum arsenicum*. La quantité du médicament est proportionnée relativement à la fréquence de son administration selon l'intensité de la maladie, de même que relativement à la force de la dose.

Une autre forme de la gangrène est le *decubitus*, les excoriations gangreneuses.

Sa forme la plus bénigne est une tache rouge ; plus graves sont les pustules et les vésicules ; la forme la plus redoutable et la plus dangereuse est représentée par des extravasations sanguines bleu foncé, qui se changent en *eschares gangreneuses* graves ; celles-ci souvent pénètrent profondément jusqu'à

l'os, au point que celui-ci à son tour se gangrène. Les malades, on le sait, souffrent atrocement par le contact.

Les moyens qui ont été recommandés, à ce sujet, sont innombrables ; la croyance populaire fait ici jouer un grand rôle à la « sympathie ». A l'hôpital homœopathique de Munich, les malades de ce genre qui, en raison de l'état de débilité de leur sang, sont exposés à l'excoriation, subissent à temps, c'est-à-dire avant qu'il existe même trace de rougeur, plusieurs fois par jour, des lotions d'*alcool* sur les reins ; de cette façon nous obtenons d'ores et déjà, en fortifiant la peau, une plus grande force de résistance contre la pression mécanique ; naturellement on veille à la plus grande propreté, à empêcher la production de plis dans le linge de corps et du lit. Lorsque, en dépit de ces effets, il survient des abcès, il n'y a rien de préférable à l'application de *calendula*, combinée à des coussins d'air ou d'eau. *Calendula* peut avec preuves et certitude être appelé un moyen antiseptique, aussi bien que l'acide phénique et tous les moyens empruntés au pansement antiseptique de Lister.

Aux formes gangreneuses appartiennent aussi les *brûlures* au quatrième degré, partout où une partie de la peau et même des parties molles profondes se mortifient et se noircissent. Dans aucune affection, il ne survient une réaction générale aussi grande que dans la brûlure ; car il y a là lésion d'une masse de fibres nerveuses, par conséquent violente fièvre. En outre, il faut considérer l'étendue de la brûlure. Lorsqu'un

tiers de la superficie du corps est brûlé, l'homme est condamné à périr, parce que la peau ne fonctionne plus, et qu'il se forme des dépôts sanguins dans les trois cavités du corps, cerveau, thorax ou abdomen. Dans ce cas, *il est tout à fait indifférent* qu'il y ait brûlure du *premier degré* ou du *quatrième*; si bien qu'il vaut presque mieux avoir affaire à une brûlure du quatrième degré de deux pouces carrés, qu'à une brûlure du premier degré de six pouces carrés. Le professeur von Nussbaum dit au sujet du traitement des brûlures : « Toute vieille femme sait con-
« seiller quelque chose pour le traitement des brû-
« lures; mais le médecin doit faire ce qu'il y a de
« mieux. Au premier degré : *froid* et *compression*;
« au second degré : panser les pustules, et puis trai-
« tement comme au premier degré; au troisième de-
« gré : solution de pierre infernale, et pour couvrir
« les nerfs de la plaie, un onguent zincique, plus le
« froid; au quatrième degré : chaleur humide, afin de
« provoquer une inflammation de démarcation. »

Cette façon de traiter les brûlures, vraiment *allopathique*, est complètement opposée à nos principes homœopathiques; toute cuisinière, tout ouvrier travaillant au feu, qui se brûle, n'*employera jamais le froid*, et, ou bien rapprochera de nouveau directement du feu le membre brûlé, ou bien le pansera avec de l'huile chaude, de la mousse de savon, d'alcool chaud, etc. Beaucoup de gens savent fort bien que l'eau froide ne fera qu'augmenter les douleurs et qu'ensuite la guérison s'avancera beaucoup plus lentement.

Sans nous préoccuper des règles de la chirurgie, nous appliquons les remèdes homœopathiques que l'expérience nous a démontrés les meilleurs : Dans les brûlures du premier dégré, enveloppes chaudes de coton cru ou d'ouate, après avoir au préalable enduit la partie brûlée d'une dilution d'*urtica urens* ; à l'intérieur, *arsenic* (6e dilution), 5 gouttes toutes les 2 heures. Très souvent il arrive que des enfants se brûlent la bouche et la langue avec de la soupe chaude ; ici également quelques doses d'*arsenic* à l'intérieur sont le meilleur moyen curatif. Au second degré où il y a formation de vésicules, on percera ces vésicules, on enduira de quelques gouttes d'huile d'amandes douces, mêlées à de la teinture de *cantharides* (6e dilution) ; on couvrira d'ouate ou de coton, et on donnera à l'intérieur de l'*arsenic*. Au troisième degré où il y a ulcération, *arsenic* est encore inappréciable, notamment s'il y a violentes douleurs ; à l'extérieur compresses de teinture de *calendula* diluée dans l'eau. Au quatrième degré, à l'extérieur, compresses chaudes humides de teinture de *calendula*, et à l'intérieur, *arsenic*, s'il existe encore des douleurs, ou bien *secale* lorsque la partie brûlée est tout à fait insensible. *Causticum* est un autre remède qui, à l'instar d'*arsenic*, calme les douleurs. Un remède populaire bien connu, qui rappelle *causticum*, est l'onguent préparé avec l'huile de lin et de la chaux fraîchement éteinte ; au moyen d'une plume on badigeonne les parties brûlées, tant au premier degré qu'au deuxième et au troisième. *Arnica* sous forme d'huile d'*arnica* ou de liminent d'*arnica* (*arnica* et sa-

von), est très recommandé également, contre les brûlures, par plusieurs praticiens.

La brûlure touche à la *congélation* qui, elle, se divise en générale et en locale. On ignore combien de temps un homme peut rester engourdi avec chance d'être ensuite rappelé à la vie ; le cœur peut battre longtemps encore sans qu'il y ait pouls ou bruit du cœur. Quel froid il faut qu'il fasse pour qu'un homme gèle, cela varie ; cela dépend de ce fait si l'homme se refroidit peu à peu ou rapidement : 30 degrés Réaumur peuvent causer la mort, si l'on passe *brusquement* du chaud au froid et que l'on soit exposé au froid pendant un certain temps ; mais lorsque l'on passe insensiblement au froid, une température de 50° Réaumur est, dit-on, supportable (?). Les parties les plus éloignées du cœur gèlent le plus facilement, parce qu'à cet endroit, le sang à le plus de peine à parvenir, c'est-à-dire que la force cardiaque y est la plus faible.

Nous distinguons 4 degrés de *congélation* :

1° *Premier degré* : rougeur ;

2° *Deuxième degré* : formation de vésicules ;

3° *Troisième degré* : ulcères réellement suppurants ;

4° *Quatrième degré* : congélation totale, gangrène.

Le professeur von Nussbaum dit à propos du traitement : « Lorsqu'on arrive chez un malheureux « qui est congelé, le premier soin ne consiste pas *à* « *appliquer de la chaleur*, mais à entreprendre, dans « la région *froide*, une friction avec de la neige

« après seulement on frottera avec une brosse ou « une flanelle *sèche*; puis on transportera le malade « dans une chambre modérément chauffée, dans un « lit *froid*, et l'on commencera à pratiquer des tenta- « tives de respiration artificielle ; puis l'on pourra « administrer des boissons réchauffantes, fortes. »

Pour le traitement de la congélation « locale », le professeur Nussbaum vante avant tout l'onguent « d'*acide azotique* », qu'il emploie pour le second degré. Ceci est pour cette affection un remède franchement *homœopathique*, de même qu'il faut appeler *homœopathiques* tous les agissements du docteur von Nussbaum dans le traitement de la congélation.

Au *premier* degré, où il y a rougeur, l'emploi *externe* et interne d'*aconit* est très avantageux ; d'autres emploient aussi *arnica* à l'extérieur ; au second degré on percera les cloques, et on les pansera à l'onguent cité plus haut, intérieuremement *nitri acidum* (3e dilution); au troisième degré, formation de plaie, *arsenicum* est indiqué, ainsi qu'au quatrième degré, dans lequel, extérieurement, l'*acide muriatique* très dilué a également trouvé son application. En outre, contre les engelures, l'application bien connue de la pommade soufrée, du pétrole, de *thuya*, etc.

Par *Noma* on désigne cette forme de gangrène qui se produit à la joue chez les enfants scrofuleux, débilités, notamment le long de la côte allemande, la mer du Nord ; elle débute par une vésicule bleue ou un petit bouton bleu, sous lequel il se forme une nodosité qui éclate, devient putride, verdâtre et gan-

greneuse ; autour des parties atteintes, il se forme la ligne de démarcation dont il a déjà souvent éte parlé, mais qui fréquemment, dès le lendemain, devient gangreneuse à son tour. De cette façon, le processus progresse toujours en étendue et en profondeur ; des vaisseaux sont attaqués, et la mort survient, partie par hémorrhagie, partie par épuisement. Cette maladie dure environ de 6 à 8 jours.

A cause de la rapidité de sa marche, il y a lieu d'indiquer des remèdes *précis* : le professeur Buchner conseillait *acidum nitricum* contre *noma* consécutif à une maladie grave comme par exemple, la scarlatine. D'autres médecins recommandent *mercure*, *secale* et *arsenic*. Attendu que dans la stomatite ulcéreuse, lorsque l'odeur provenant de la bouche est si pénétrante, *kali phosphoricum* du Dr Schussler a rendu des services si remarquables, il y aurait également lieu, pour le *noma*, de prendre ce remède en considération.

La gangrène sénile *sans douleur* exige l'emploi de *secale* ou *ergotine*, ce qui a parfois permis de limiter la gangrène à un seul endroit ; dans la gangrène sénile *douloureuse*, il nous faut penser à la maladie inflammatoire des vaisseaux, et *arsenic* sera indiqué, parce que la guérison est possible. Dans le premier cas, s'il y a succès, il ne faut pas oublier *calcarea arsenicosa* comme remède consécutif. Dans la littérature homœopathique on trouve également des guérisons par antimonium crudum, *kreosot*, *lachesis*.

Finalement, rappelons-nous la forme grangreneuse

consécutive à l'empoisonnement par le seigle ergote. Dans les cas aigus, elle se termine par la mort, avec accompagnement de violents accès généraux de convulsions, du 4e au 8e jour, tandis que les empoisonnements subaigus et chroniques débutent par de violents fourmillements et démangeaisons à la peau notamment des mains et des orteils (d'où le nom de *mal des fourmis* donné à cette affection). A cela s'ajoutent de temps en temps des attaques de convulsions, de la surdité et de l'insensibilité de l'extrémité des doigts, gangrène sèche, rarement humide, de la peau, notamment aux extrémités. En cas de guérison, les malades y perdent ordinairement un ou plusieurs doigts ou orteils.

Le seigle ergoté est, comme on sait, un produit morbide des épis de seigle, par développement d'un champignon spécifique vénéneux dans le grain. C'est avec lui qu'on prépare les médicaments si souvent employés : *secale* et *ergotinum*. Avant que l'on connût la nature vénéneuse de ces grains de seigle noir-bleuâtre, émergeant de beaucoup au-dessus de l'épi, on les employait avec les autres grains à la préparation de la farine et du pain ; il y eut autrefois de véritables épidémies de la maladie qui sévissaient principalement dans les mauvaises années, où le grain était riche en ergot. De nos jours, ce mal ne se présente presque plus : meuniers et boulangers étant devenus plus prévoyants, et s'exposant à des peines sévères s'ils voulaient employer du grain contenant du seigle ergoté. D'autre part, il semble qu'il faille une grande quantité de seigle ergoté pour provoquer

cette grave maladie ; car il n'est pas rare de voir, à la campagne, des enfants manger l'ergot du blé, sans qu'ils deviennent malades ; de même les doses allopathiques parfois très appréciables d'*extractum secalis cornuti* ne sont pas suivies de cette maladie. Toujours cependant on fera bien de faire vomir les enfants qui auront mangé de ce seigle, ce à quoi on réussira facilement en chatouillant l'arrière-gorge avec une barbe de plume.

Dans la littérature homœopathique on indique *solanum nigrum* comme spécifique contre l'empoisonnement par le seigle ergoté ; cependant on pourrait encore employer d'autres moyens qui agissent sur l'encéphale et la moelle. Les ulcères gangreneux sont traités comme il été dit plus haut.

Traduit par le Dr G. SIEFFERT.

(*Populaere Zeitschrift fur Homoeopathie.*)

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 21 *juin* 1886.

Présidence de M. Tessier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement du rhumatisme et la clinique du Dr Piedvache.

M. Jousset. — Depuis longtemps la guerre existe entre les médecins qui veulent juguler le rhumatisme et les partisans de l'expectation. Il y a un certain nombre d'années, les saignées coup sur coup avaient la prétention de le juguler. Nous avons vu successivement depuis employer dans le même but le nitrate de potasse, le sulfate de quinine et enfin le salicylate de soude.

Un grand nombre de médecins se sont effrayés de cette méthode ; ils ont objecté, et mon ami le Dr Cretin a soutenu ici cette opinion, qu'en supprimant brusquement les symptômes douloureux du rhumatisme, on s'exposait à voir surgir des complications et même à produire la mort. C'est là une question de pathologie générale ; mais il faut faire ici de la pa-

thologie spéciale ; on avait dit aussi la même chose pour la fièvre intermittente ; on ne voulait pas la couper brusquement pour ne pas produire d'hypertrophie de la rate et des hydropisies ; on croyait que le sulfate de quinine favorisait la cachexie. On a vu aujourd'hui que tout cela était erroné, que le sulfate de quinine produit les meilleurs résultats et il ne reste certainement pas de médecin hostile à son emploi.

Les partisans du sulfate de quinine et du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme ont repris cet argument ; ils ont dit que l'emploi de ces médicaments empêchait la maladie de durer plusieurs semaines et d'exposer pendant ce temps le malade à des complications cardiaques et cérébrales. Si cela était démontré, il n'y aurait aucun inconvénient à employer cette méthode ; mais cela est contesté, et pour éclaircir la question, il faut consulter les documents publiés sur le traitement du rhumatisme par le salicylate de soude.

J'ai recueilli à ce sujet quelques notes et je vais vous les exposer.

D'abord, quelle est l'action du médicament sur le rhumatisme lorsqu'elle est heureuse ?

Vulpian dit que le salicylate modifie heureusement et rapidement le rhumatisme articulaire aigu ; les modifications se font dans l'ordre suivant : la douleur disparaît d'abord ; puis le gonflement ; puis la rougeur ; enfin la fièvre (*Revue des Sciences médicales*, t. XVI).

De telle sorte que ce sont les symptômes locaux

qui disparaissent les premiers, puis les symptômes généraux.

Tous les médecins sont d'accord sur ce point. S'il en était toujours ainsi, la question serait jugée favorablement. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il faut chercher dans les auteurs des faits moins favorables.

Le Dr Beiz, de Copenhague (id., t. XIV) est arrivé à ce résultat que la durée du rhumatisme avant l'emploi du salicylate était de 39 jours 24 ; avec ce dernier médicament 35 jours 82 ; ce qui n'est pas merveilleux.

Un autre auteur dit que les arthrites disparaissent ordinairement très vite ; mais que les rechutes sont faciles avec cas nombreux d'insuccès : « Le remède fait merveille dans les cas légers, on n'obtient rien dans les cas graves. »

Baumler (id., t. XXIII) a traité 179 rhumatisants avec le salicylate : chez les hommes, la fièvre a disparu du 1er au 26e jour ; chez les femmes du 1er au 49e. La maladie cède en général dès les premiers jours ; les symptômes ne sont quelquefois qu'atténués ; enfin, les récidives peuvent se reproduire, malgré la continuation du médicament.

Quelle est l'action du salicylate sur les complications ?

Vulpian dit qu'il ne produit rien sur les pleurésies, ni sur les endocardites ;

Baumler dit que chez les 179 malades les complications cardiaques se sont montrées dans la proportion de 18,50 % ; ce qui est à peu près la pro-

portion qui existait avant l'emploi du salicylate.

Enfin, il y a eu des accidents et des morts causés par le salicylate de soude. Nous n'avons pas la publication de tous les cas de morts ; mais nous avons relevé un certain nombre d'accidents.

Nous lisons dans l'article du Dictionnaire de Jaccoud qu'on a reproché au salicylate de faire baisser fortement l'activité cardiaque et de provoquer le collapsus ; ces faits ne peuvent être contestés.

Zuber (*Revue des Sciences médicales*, t. IX) a recherché son action sur le cœur chez les chiens et a constaté la diminution rapide de la pression sanguine et arrêt en diastole du cœur, qui a perdu sa contractilité électrique.

Il produit souvent même à dose modérée une dyspnée et un délire, présentant des caractères particuliers.

La dyspnée est caractérisée par la lenteur de la respiration, la nécessité de l'action de tous les muscles inspirateurs, muscles des ailes du nez et du cou ; elle se termine par une asphyxie plus ou moins rapide.

Bälz a observé un délire violent après quatre grammes de salicylate ; on a observé aussi de la manie aiguë et des accidents tétaniques ; dans d'autres circonstances un collapsus mortel.

Voici quelques observations résumées. Un rhumatisme articulaire aigu est traité par le salicylate de soude, 4 gr. par jour ; le 3e jour apyrexie, on diminue la dose ; malgré cela, le 6e jour, délire furieux

qui ne cesse qu'avec la cessation du médicament (Apolant, *R. des Sciences med.*, t. XXI).

Une femme de 44 ans fut traitée par le salicylate de soude pour un rhumatisme pendant dix jours. Le onzième jour, survinrent des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie ; une excitation extrême ; un délire aigu, à forme érotique, hallucination de la vue et de l'ouïe ; ces symptômes persistèrent trois jours et ne cédèrent qu'au bromure de potassium et au chloral (Bogdonoff, *Id.*, t. XXI).

Dans l'observation suivante, il semble que le médecin s'occupe plus d'expérimentation que du soulagement du malade qui ne passe qu'en second lieu.

Il s'agit d'une dame rhumatisante présentant des douleurs sans fièvre qui absorba deux grammes de salicylate en deux heures et qui est prise aussitôt après de tintements d'oreilles, vue voilée et papillotages, courbature, frissonnements ; trois quarts d'heure plus tard violent frisson, froid glacial de la face et des membres, claquement de dents, tremblement convulsif de tout le corps, respirations très accélérées et très profondes, palpitations, fièvre à 40°5 sous l'aiselle ; le frisson dure une heure ; puis chaleur avec 40 degrés seulement; au bout d'une seconde heure, sueurs profuses qui durent de 6 à 8 heures et se terminent par apyrexie complète. Le médecin croyant à un accès paludéen en attend un second pour agir ; celui-ci ne vient pas. Cinq semaines après, même dose de salicylate suivie d'un accès fébrile encore plus grave (Max. Baruch, *Id.*, t. XXII).

Pour nous, cet accès fébrile a tous les caractères

d'un accès pernicieux ; ce qui peut être à retenir.

Nous avons relevé aussi quelques cas de mort. D'abord le cas du Dr Empis, qui a été observé en ville et non suivi d'autopsie ; c'est une mort subite dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate.

MM. Dixneuf et Watelet citent plusieurs cas de mort, sans que nous en sachions le nombre (*Id.*, t. XIV).

Voici une observation avec autopsie. Jeune fille de 17 ans, souffrant depuis un an de douleurs rhumatismales et ne présentant pas de complications viscérales, prend 10, puis 12 gr. de salicylate par jour. Diminution rapide des douleurs, mais vertiges, respirations fréquentes, obnubilation et mort le 4e jour ; autopsie : congestion intense de l'encéphale, des méninges et des reins, splénisation des lobes pulmonaires inférieurs ; cœur presque vide ; salicylate de soude dans le sang du cœur, la bile et les urines (Quincke, *Id.*, t. XXII).

Ces accidents ont tellement frappé les observateurs, qu'on conseille aujourd'hui de donner de petites doses multipliées, de ne pas dépasser 6 gr. et d'examiner tous les jours les urines pour voir si le salicylate s'élimine.

Comme conclusion, je dirai : 1° que c'est à certain degré une médication dangereuse ; 2° qu'il est très beau de débarrasser les malades de leurs douleurs, en quelques jours, mais que, si la mort peut en être la conséquence même une fois sur 100, je ne l'emploierai pas.

J'ajouterai que théoriquement il n'est pas complètement prouvé que les accidents mortels ou non soient une métastase causée par la suppression rapide des arthrites ; enfin, je ne saurais trop engager nos confrères à attendre que l'expérimentation qui se fait en ce moment à ce sujet en dehors de nous soit terminée avant de faire usage de cette méthode de traitement.

M. Cretin. — Je remercie M. Jousset d'avoir par cette étude complète et ses recherches confirmé ce que j'avais dit sur l'emploi du salicylate de soude dans la goutte et le rhumatisme. Je ne ferai qu'une observation à ce qu'il a dit à propos de la mortalité ; il a dit que le salicylate produisait un petit nombre de morts ; dans la petite étude historique que j'ai faite dans la dernière séance à ce sujet, j'ai montré que la mortalité générale dans le rhumatisme s'était accrue avec l'usage du sulfate de quinine, des bains froids et du salicylate de soude.

Aux faits qu'a cités M. Jousset, j'ajouterai qu'il y a un très grand nombre de morts subites imputables au salicylate ; que dans le monde on en entend citer à chaque instant par des personnes sérieuses et dignes de foi.

Quant à la durée du rhumatisme traité par le salicylate de soude, je dirai que je vois à chaque instant des personnes qui viennent me trouver parce qu'elles souffrent toujours, malgré l'emploi prolongé de ce médicament. J'ai vu ces derniers jours encore une dame qui en prenait depuis deux mois, avec un soulagement relatif, et qui n'était pas guérie.

M. Cramoisy. — C'est sans vouloir critiquer le beau travail que nous a donné le docteur Piedvache que je viens lui demander quelques éclaircissements, ou plutôt quelques explications complémentaires, touchant l'observation qu'il nous a fournie sur la mort d'une femme atteinte, selon lui, *de cachexie cardiaque.* En un mot, je ne veux pas attaquer le diagnostic de notre excellent confrère, surtout après les éloges si mérités et décernés avec tant de bienveillance par nos distingués et savants confrères les docteurs Frédault, Cretin et Jousset. Je désire seulement prier le docteur Piedvache de nous éclairer encore un peu, en nous donnant quelques explications plus détaillées sur la nature de la maladie qu'il nomme cachexie cardiaque et qu'il a décrite, selon moi, vu la rareté du cas, avec un peu trop de concision dans sa belle clinique de l'hôpital Saint-Jacques.

Pour le docteur Piedvache, cette femme serait morte d'une affection du cœur qui aurait amené après elle une affection rénale. Pour moi, au contraire, ce serait l'affection rénale qui aurait amené après elle l'affection cardiaque, ainsi que tous les autres troubles de l'économie, omis par notre collègue. En effet, cette affection rénale est bien l'origine de la lésion cardiaque, car elle apporte à la circulation générale un obstacle qui, en élevant la tension artérielle, provoque l'hypertrophie du muscle cardiaque.

Le petit nombre de symptômes que nous fait observer notre confrère se réduisent, pour lui : « A un état profond de cachexie, un œdème considérable

des extrémités inférieures, une néphrite interstitielle avec trois grammes d'albumine, un cœur énorme, de l'urémie lente à forme dyspnéïque, et, comme médicaments, il ne nous conseille que l'arsenic, le charbon végétal et la fuchsine. »

Pour moi, au contraire, les très nombreux symptômes qui accompagnent habituellement cette maladie ayant une extrême importance, j'aurais ardemment désiré que notre collègue les analysât en plus grand nombre, ainsi que la plupart des lésions pathologiques que lui a révélées l'autopsie.

En effet, il y a, d'abord, tous les troubles urinaires que l'histologie des urines, oubliée sans doute, nous eût révélés et qui sont : la polyurie (abondance d'urine), la polakiurie (miction fréquente), les complications de l'urémie (coma et convulsions), etc. ; les troubles respiratoires, caractérisés par de l'oppression et de l'œdème pulmonaire, appelés par Lasègue bronchites albumineuses ; les troubles cardiaques, l'hypertrophie du cœur avec lésion scléreuse du myocarde ; les troubles digestifs, en grand nombre ; les maux de tête, si tenaces et si fréquents ; les lésions cutanées nombreuses et diverses (douleurs lombaires, sensation de doigts morts, crampes, érythème, démangeaisons ou prurit avec ou sans lésions, etc., la peau fonctionnant mal dans cette maladie) ; les troubles visuels, tenant à des altérations diverses du fond de l'œil ; les troubles auditifs, consistant en bourdonnement d'une ou des deux oreilles ou en dureté ou affaiblissement de l'ouïe ; les hémorrhagies, si fréquentes dans le cours des né-

phrites ; les œdèmes et les épanchements séreux ; enfin, l'analyse chimique et histologique du sang albuminoïde, lequel, ne pouvant être ni assimilé ni brûlé, élimine son albumine comme une matière excrémentitielle étrangère à l'organisme, etc., etc.

Toutes ces études bien approfondies auraient pu certainement nous renseigner plus complètement sur cette maladie, si rare et si remplie de suppositions et de théories hypothétiques par les auteurs contemporains, et aussi très peu connue des auteurs anciens.

Les savantes et intéressantes communications relatives à ce sujet que nous a données notre distingué confrère, en 1882, dans l'estimable journal l'*Art médical*, m'ont autorisé à lui demander aujourd'hui quelques éclaircissements sur cette grave et difficile question, lui qui a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un de ces cas, chose qui, pour nous, est tout à fait impossible en ville.

Quant aux médicaments préconisés dans le traitement du mal de Bright, à part le lait, je n'en connais aucun qui soit d'un effet bien salutaire. Le résultat de mes observations à ce sujet me paraît concluant. Cependant j'ai essayé le plomb, le carbonate d'ammoniaque, l'évonymine, le glonoïne, le thuya, la térébenthine, la pulsatille, l'acide nitrique, le tannin, la racine de ratanhia, et, pour le cœur, après la digitale et la spigélie, le trichlorure de méthyle.

Je le répète, cette affection des reins étant beaucoup plus commune qu'on ne le pense généralement, je demande à notre savant confrère, étant sûr d'a-

vance que notre prière sera bien accueillie, de vouloir bien, dans une de nos prochaines réunions, nous dire ce qu'il pense de cette insidieuse et, jusqu'aujourd'hui, incurable maladie, que l'on appelle néphrite interstitielle ou sclérose du rein, et que lui nomme cachexie cardiaque.

M. Piedvache. — Dans certaines circonstances, on n'a aucun mérite à être modeste, et c'est ici mon cas. Je dois donc remercier tout d'abord mon excellent confrère, M. le Dr Cramoisy, de son indulgence pour mon *Compte Rendu* du 4e trimestre de 1885, et il a eu raison de rappeler ce qu'il a fallu de bienveillance à nos maîtres, MM. les Docteurs Jousset, Cretin et Frédault pour laisser passer ce court et insuffisant résumé clinique : c'est un point sur lequel nous sommes tous d'accord.

Mais M. Cramoisy me fait l'honneur de me demander quelques explications justificatives du diagnostic porté dans l'observation, laquelle est non pas résumée, mais seulement mentionnée page 679 du Bulletin, sous le titre de *Cachexie cardiaque*. Ma réponse sera courte.

Je ne puis qu'applaudir, en effet, au magnifique programme d'étude que notre confrère a magistralement tracé. Hélas ! en prenant le service, j'ai trouvé une cachectique à la dernière période, sur laquelle il n'y avait plus guère à étudier que la manière dont elle mourrait. Cependant, je n'ai point donné, comme semble le penser M. Cramoisy, un résumé des symptômes que je trouverais comme lui, s'il en était ainsi, réduits à un nombre bien incomplet. Ce que

j'ai entendu indiquer seulement, ce sont quelques grands traits propres à fixer dans l'esprit la physionomie générale de la malade. C'est ainsi que je dis clairement que les accidents ressemblaient beaucoup plus à ceux que tout le monde connaît sous le nom d'urémie lente, à forme dyspnéique, qu'à ceux de l'asystolie cardiaque, et je crois encore aujourd'hui, quoique j'aie sous les yeux l'observation détaillée, qu'il n'y a rien de plus à dire dans le compte rendu sommaire d'un service.

Je puis ajouter toutefois, pour satisfaire au légitime désir de notre collègue, que l'urine était rare et très pauvre en urée (dosée à diverses reprises), que l'examen microscopique en était négatif ; que d'autre part on observait des vomissements incessants et de violents maux de tête, pour compléter le cadre de la variété d'urémie que j'ai indiquée. Il y avait, bien entendu, de fréquents et terribles accès de suffocation.

Tout l'intérêt de l'observation résidait, comme notre distingué contradicteur l'a fort bien compris, dans la question de savoir quel était l'enchaînement réciproque des affections cardiaque et rénale arrivées à leur période ultime, c'est-à-dire quelle avait été l'évolution de la maladie. Quel était l'organe qui avait commencé à être malade ? Etait-ce le cœur ? Etait-ce le rein ? D'une manière encore plus claire, avions-nous affaire à une *cardiaque* ou à une *rénale* ? Et en posant la question, j'entends parler seulement de notre malade, et non pas de telle ou telle théorie, de celle qui fait dériver l'hypertrophie du cœur de la

sclérose rénale, par un accident mécanique, ou de toute autre théorie que l'on voudra.

La clinique, au moment où j'intervenais, était impuissante à fournir une réponse catégorique, ainsi que je le disais dans mon *Compte Rendu* : « Lorsque je l'ai vue (la malade) pour la première fois, le 1er septembre, il était à peu près impossible de fixer le mode du début de la maladie, aussi bien que l'évolution, la nature précise et l'enchaînement des lésions. »

Mais ce que nous n'avons pu décider pendant la vie de cette pauvre femme, a été mis tout à fait hors de doute par l'autopsie. Ici encore, je crois que les détails donnés page 680 sont très suffisants. L'ouverture du cadavre a rendu ceci évident : qu'il s'agissait d'une *cardiaque*, parce que les lésions du cœur primaient tout ici par leur énormité, pour ainsi dire, par leur ancienneté qui ne peut davantage faire doute, par leurs caractères anatomiques ; endocardite scléreuse limitée au seul système des valvules auriculo-ventriculaires ; insuffisance et rétrécissements valvulaires, etc.

Il ne s'agissait pas, au contraire, d'une *rénale* proprement dite, bien que les accidents urémiques parussent dominer la scène pathologique, tout à fait à la fin ; parce que, malgré tout, la sclérose des reins n'était pas à beaucoup près aussi avancée qu'on a coutume de l'observer chez les vrais rénaux, c'est-à-dire chez ceux qui succombent, au moins pour la plus grande part, aux suites de l'affection des reins. Relisez le résumé de l'autopsie : « Reins petits, mais sans défor-

mation..... réseau blanchâtre d'îlots scléreux de la substance corticale, dont les coupes font voir les cloisons séparatives..... capsule non adhérente. » Sommes-nous assez loin encore du type de néphrite interstitielle qui entraîne la mort *ipso facto* : capsule adhérente, surface granuleuse, atrophie progressive et excessive de la substance corticale, avec aspect lobulé de l'organe, etc.?

Donc les reins ne sont qu'incomplètement dégénérés, tandis que les lésions du cœur sont ici excessives, typiques et, j'oserai ajouter, d'une antériorité indiscutable. Veuillez bien remarquer d'ailleurs, Messieurs, que, dans le cas qui nous occupe, l'état cirrhotique des reins est exactement celui qui a été récemment décrit sous le nom de *rein cardiaque* (V. la thèse de SIEURAT : *Contribution à l'étude de la néphrite secondaire aux affections cardiaques*, 1885, n° 365). N'oubliez pas non plus, si vous vous êtes donné la peine de relire la page 680 de mon *Compte Rendu*, que le foie de notre malade était un foie muscade, un *foie cardiaque*, ce qui complète la physionomie du tableau pathologique. Mais, pour en finir avec la définition du rein cardiaque — définition qui, à nos yeux, n'a pas encore le caractère d'une véritable évidence — on prétend qu'il n'aboutit pas à l'atrophie, de sorte qu'il constituerait non pas un degré, mais une forme spéciale, un état pathologique défini et typique. Nous terminions encore en disant (p. 681) que les observations de cette nature sont rares jusqu'ici, au rebours de la néphrite interstitielle classique que M. le Dr Cramoisy a seule

eu en vue, et qui est très commune, très vulgaire, surtout dans l'une de ses variétés : le *rein sénile* (V. les travaux si connus de BALLET).

Voilà donc que j'ai justifié le titre donné à mon observation : *cachexie cardiaque*, expression classique qui veut dire, en deux termes très clairs, que la malade était une cardiaque, et qu'elle était déjà arrivée, lorsqu'il m'a été donné de l'observer, à la période cachectique. On conviendra que je ne pouvais confondre la cachexie cardiaque avec la cachexie rénale.

Cela étant, on ajouterait, en s'en tenant au langage communément adopté, que les lésions des reins, aussi bien que celles du foie, étaient *secondaires*. J'aime mieux dire seulement qu'elles étaient au second plan, pour ne rien préjuger de leur physiologie pathologique ; et pour justifier nos réserves, il nous suffira de constater que ces altérations ne sont pas fatalement et nécessairement liées à l'affection principale, c'est-à-dire celle du cœur : elles relèvent, au contraire, d'un travail propre et, jusqu'à un certain point, indépendant. C'est ainsi que cette espèce de néphrite semble devoir se rattacher à l'endartérite des artérioles du rein, tandis que la sclérose des valvules auriculo-ventriculaires est dépourvue de tout rapport avec l'endartérite. Notez bien, en effet, Messieurs, qu'il s'agit d'une *mitrale*, et non pas d'une *aortique*.

La néphrite interstitielle se fût-elle développée chez une aortique, nous ne dirions plus, comme pour notre malade, que les deux affections, celle du cœur et

celle du rein, sont coïncidantes, mais bien au contraire connexes, parallèles et liées, l'une aussi bien que l'autre, à un générateur commun, à savoir l'endartérite généralisée, laquelle n'existait pas dans le cas qui nous occupe. J'ose espérer que mon excellent confrère, le Dr Cramoisy, trouvera ces explications suffisantes.

Elles ont déjà trop prolongé la séance de la Société, pour que je puisse encore parler du *traitement*. Notre collègue s'assurera, en relisant l'observation, que je n'ai rien « conseillé » dans la néphrite, m'étant borné à citer trois des médicaments qui ont été employés comme *palliatifs* bien insuffisants. Je n'ai donc point à entamer la question thérapeutique, et je me bornerai à enregistrer cet aveu de M. Cramoisy qu'il ne connaît « aucun médicament qui soit d'un effet bien salutaire ». Après le jugement d'une autorité aussi sérieuse que la sienne, je me sens moins humilié de me trouver à peu près désarmé.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance qui aura lieu le premier lundi d'octobre.

La séance est levée.

CLINIQUE MÉDICALE
DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(Service de M. le docteur P. JOUSSET.)

CINQUIÈME CONFÉRENCE (1).

SOMMAIRE. — Deux cas de pleurésie (suite). — *Aconit.* — Séméiotique de la pleurésie. — Forme de la matité. — Son skodique. — Vibrations thoraciques. — Mensuration de la poitrine. — Faux râle crépitant. — Souffle doux. — Souffle caverneux. — Égophonie. — Tonalité élevée de la voix. — Constipation et fissure à l'anus. — *Plumbum.* — *Pœonia.* — *Hydrastis canadensis.* — *Lycopodium.* — *Opium.* — *Nux vomica.* — *Collinsonia.* — *Aloès.* — *Plumbum.* — Traitement de la fissure à l'anus. — *Sedum acre.* — *Nitri acidum, æsculus hypocastanus.* — *Graphites.* — *Ignatia.* — *Ratanhia.* — *Pœonia.*

Messieurs,

Je vous dirai encore quelques mots des deux cas de pleurésie dont je vous ai parlé dans mes dernières leçons.

La jeune fille qui est au n° 5 de la grande salle va de mieux en mieux ; elle mange, reprend des forces et le souffle qui avait longtemps persisté à la base du poumon a complètement disparu. Dans les derniers temps, elle prenait cantharis (3e) : je l'ai mise au repos depuis quelques jours. Vous savez que c'est une habitude chez nous d'interrompre de temps en temps le traitement ; et quand l'amélioration mar-

(1) Rédigée par l'interne de service.

che, il est inutile de continuer les médicaments. Il vaut mieux laisser l'organisme continuer son mouvement vers la guérison que d'apporter un trouble quelconque dans la marche régulière de la convalescence.

Le malade qui est au n° 5 de la salle des hommes a été repris de fièvre au commencement de la semaine dernière ; l'épanchement, qui avait beaucoup diminué a augmenté de nouveau, sans cependant atteindre les proportions qu'il avait auparavant. J'ai redonné l'aconit, teinture mère, à la dose de 20 gouttes par jour et dès le lendemain il y avait une amélioration notable. Sous l'influence d'aconit, l'épanchement continue de diminuer et le malade ne tardera pas à se remettre tout à fait.

Puisque nous sommes sur ce sujet, je vais vous reparler de quelques-uns des signes de la pleurésie. Vous savez que la matité, lorsqu'elle ne s'étend pas jusqu'au sommet du poumon, affecte la forme d'une courbe à convexité supérieure. L'épanchement pleurétique, en effet, affecte une telle forme et est toujours plus élevé en arrière qu'en avant. Il y a un signe que l'on ne trouve pas chez notre dernier malade : c'est la sonorité exagérée sous la clavicule, le tympanisme relatif du début (Jaccoud) ; bruit skodique ; de pot fêlé, qui est produit soit par un certain degré de condensation du poumon, favorable à la vibration de l'air qu'il renferme (Skoda) ; soit, pour d'autres auteurs, par la distension des vésicules et l'accumulation, dans un point encore perméable, de l'air qui ne peut pénétrer dans les divisions bronchi-

chiques oblitérées par l'épanchement pleural, soit, enfin, par l'ébranlement de la colonne d'air renfermé dans la trachée et les bronches. Cependant, si l'épanchement est considérable, le son est mat même au-dessous de la clavicule. Il faut noter que la tonalité s'élève lorsqu'on fait ouvrir la bouche du malade pendant la percussion ; et elle s'abaisse si la bouche est fermée.

L'absence des vibrations thoraciques est un signe d'une grande valeur ; cependant, il y a des causes d'erreur possible, Chez la jeune fille dont je vous ai parlé, les vibrations thoraciques étaient abolies, il est vrai, du côté malade ; mais elles n'existaient pas davantage du côté sain : on ne les percevait qu'à la partie supérieure du thorax. Ce cas est très fréquent chez la femme ; même en parfaite santé, les vibrations thoraciques sont à peine sensibles, à la base du poumon, soit en raison du mode de respiration, soit à cause de l'acuité de la voix. L'absence des vibrations existe encore dans la pneumonie massive décrite par Granger. Les petites bronches sont remplies par un exsudat fibrineux qui empêche absolument l'accès de l'air ; l'obstruction est complète, comme si on y avait coulé de la cire. On a souvent pris ces pneumonies pour des pleurésies.

Si l'absence des vibrations n'est pas toujours un signe d'épanchement pleurétique et par conséquent d'une grande valeur, il n'en est pas de même de la persistance de ces vibrations. Lorsqu'elles sont conservées ou exagérées, on peut être absolument sûr qu'il n'y a pas d'épanchement.

On peut également avoir un signe de l'épanchement dans la mensuration, en tenant compte toutefois que normalement le côté droit est de 1 à 3 centimètres plus grand. Il y a encore la voussure, l'écartement des côtes.

Une autre cause d'erreur est le *faux râle crépitant de la pleurésie*. On a, en effet, décrit le râle crépitant fin qui imite celui de la pneumonie. Dans la pneumonie les bulles sont égales par bouffées ; dans la pleurésie, elles sont inégales. C'est une nuance très difficile à saisir ; aussi je vous recommande de bien étudier ce râle de la pleurésie.

Le souffle spécial à la pleurésie est généralement doux, voilé, lointain ; c'est le murmure vésiculaire prolongé et adouci par une mince couche de liquide. Il peut aussi affecter d'autres caractères, devenir plus rude, avoir un timbre plus aigu et presque métallique ; il peut même être caverneux, lorsque les vésicules pulmonaires, très comprimées par l'épanchement, deviennent imperméables à l'air qui vibre alors très fortement dans les bronches. Le timbre de cette vibration, modifié par la couche de liquide, devient tubaire ou caverneux.

Il y a encore l'égophonie tantôt à voix basse, tantôt à voix aiguë, et enfin un signe moins connu, c'est la tonalité plus élevée de la voix même sans égophonie. Tandis qu'au haut du poumon les caractères de la voix sont semblables à ceux du côté sain, au niveau de l'épanchement on observe une élévation dans la tonalité de la voix.

Je pense que la connaissance de ces signes sera

suffisante pour vous préserver d'une erreur de diagnostic à ce sujet.

Je vais maintenant vous parler, à propos d'une malade que nous avons eue dans le service, du traitement de la constipation et de la fissure à l'anus.

Cette malade est une jeune femme qui est entrée à l'hôpital pour une fausse couche occasionnée par un coup de pied dans le ventre. Pendant sa convalescence, cette jeune femme avait une constipation énorme que les lavements ne modifiaient pas. De plus, les selles étaient très douloureuses et la douleur augmentait surtout après la selle et persistait avec la même violence pendant une heure ou deux. C'est là, vous le savez, le caractère de la douleur de la fissure à l'anus. Nous lui avons donné *plumbum* (1re trituration) à la dose de 0 gr. 20 c. L'effet a été assez rapide, et au bout de deux ou trois jours, elle a pu avoir des selles quotidiennes. La constipation était vaincue ; mais la douleur de fissure persistait toujours, aussi violente. Nous avons alors songé à un médicament de la fissure, *pœonia*, et pour ne pas contrarier le traitement de la constipation, nous l'avons donné en pommade, pœonia 10 gouttes pour 20 grammes de vaseline. L'effet a été immédiat ; le lendemain, la malade rayonnait et ne redoutait plus d'aller à la garde-robe.

Nous avons aussi essayé *plumbum* chez une autre malade névropathe et hémorrhoïdaire qui est au n° 1 de la petite salle des femmes. Il y a eu également un bon résultat ; elle est allée à la selle dès le lendemain ; mais au bout de quelques jours la constipa-

tion est revenue. Dans ce moment je lui fais prendre *hydrastis canadensis* qui est aussi un autre médicament de la constipation.

Vous serez souvent consultés par des malades atteints de constipation opiniâtre et souvent vous serez impuissants à combattre cette affection. Les allopathes ont un moyen simple : ils donnent des purgatifs, de l'aloès, etc., mais cela ne guérit pas la constipation, elle n'est que plus opiniâtre après l'effet du purgatif et les hémorrhoïdaires voient augmenter leurs souffranees. Je dois avouer que nous ne sommes pas très fiers en fait de médicaments de la constipation. J'en citerai cependant sept principaux.

1° *Hydrastis canadensis.*— Richard Hugues prétend que cela réussit toujours ; il donne la teinture à la dose de 1 goutte avant le repas. C'est un purgatif ; sa pathogénésie indique une action purgative plutôt que de la constipation. Il a donc une action allopathique. Malheureusement, son action n'est pas constante.

2° *Lycopodium* est un médicament plus homœopathique. J'ai obtenu une fois un effet renversant ; j'étais consulté par une demoiselle qui avait une constipation chronique avec flatuosité ; elle avait en vain tout essayé. Je risque lycopodium (30e) ; effet magnifique pendant six mois.

3° *Opium* est le médicament de la constipation chronique chez les personnes qui ont des habitudes sédentaires. Il s'adresse surtout aux groses selles. On le donne à la 30e dilution.

4° *Nux vomica* s'adresse aussi aux personnes sé-

dentaires, mais surtout aux hémorrhoïdaires et lorsqu'il y a du ténesme en allant à la selle. On le prescrit à la 12e ou à la 30e dilution.

5° *Collinsonia* est surtout indiqué lorsqu'il y a une sorte de paralysie rectale. On le donne à la 1re dilution décimale, à la dose de 0,10 ou 0,20 centigr.

6° *Aloès* s'adresse aux hémorrhoïdaires quand les selles contiennent du sang et qu'elles sont douloureuses ; lorsqu'il y a des coliques sourdes avec sensation de pesanteur et de tiraillement par en bas. On le donne à la 6e dilution.

7° *Plumbum* est un médicament que nous ne connaissons pas bien ; les expériences cliniques manquent. Jusqu'ici, il s'est montré souvent infidèle ; cependant, dans sa pathogénie, on trouve une image exacte de la constipation : les coliques sèches, la rétraction du ventre, etc. Ce médicament a besoin d'être encore étudié.

Passons maintenant au traitement de la *fissure à l'anus*, ce spasme douloureux du sphincter qui a pour caractère d'augmenter surtout après la défécation. Quelquefois, il existe réellement une fissure ; alors on peut en constater la présence ; mais souvent il n'y a pas de fissure visible, et la douleur a cependant les mêmes caractères. En dehors de l'opération qui consiste à pratiquer la dilatation forcée du sphincter et à rompre ainsi quelques fibrilles de ce muscle, opération qui a donné souvent des résultats durables, nous employons, pour calmer la douleur, un médicament emprunté à l'empirisme : *sedum acre*. Ce médicament était employé à Vienne, comme remède contre

les hémorrhoïdes. Ce n'est pas un médicament très fidèle : je l'ai souvent employé; j'ai cependant obtenu quelquefois de très bons résultats. Je le donne habituellement à la 6e dilution, quelquefois à la 3e dilution. L'acide nitrique, *nitri acidum*, a eu de nombreux succès cliniques. Sa pathogénésie, en effet, le rapproche beaucoup de la douleur de la fissure. Elle contient : des douleurs déchirantes en allant à la selle, des contractions spasmodiques du sphincter, contractions très douloureuses qui persistent, pendant plusieurs heures après la défécation ; des élancements à l'anus et du sang dans les selles. On le prescrit à la 13e ou à la 30e dilution.

Œsculus hypocastanus, qui n'est autre chose que le marron d'Inde, est aussi emprunté à l'empirisme. Une tradition affirme qu'il suffit pour guérir les hémorrhoïdes, de porter un marron d'Inde dans la poche. Ce fait serait l'analogue des guérisons obtenues chez les hystériques par les médicaments à distance. Ce fait, signalé par un médecin de la Rochelle, a grand besoin d'être confirmé. Dans la pathogénésie de l'œsculus, on trouve des hémorrhoïdes extérieures douloureuses et saignantes. Richard Hugues rapporte un cas de guérison par l'emploi de ce médicament. Les Américains emploient beaucoup œsculus à la 2e dilution.

Graphites compte aussi quelques cas de guérison ou d'amélioration notable.

Ignatia est plus indiqué lorsque le spasme se localise à l'anus, quand il y a constriction très marquée du sphincter. Sa pathogénésie indique des dou-

leurs lancinantes de bas en haut, du prurit anal et du spasme douloureux du sphincter, surtout après les selles. On donne ce médicament à la 12e dilution.

Ratanhia est usité en allopathie; il a donné quelques cas de succès, pris en lavements contre la fissure anale. C'est un moyen infidèle. La pathogénésie de ratanhia indique les symptômes de la douleur de fissure et d'hémorrhoïdes douloureuses.

Nous avons encore : *petroleum*, *belladone*, *natrum muriaticum*, qui contiennent dans leur pathogénésie beaucoup de symptômes des hémorrhoïdes et de la fissure anale ; mais la clinique reste muette à leur sujet.

Un dernier médicament important dans les cas de fissure, c'est *Pœonia* ; c'est aussi un médicament empirique. Au congrès homœopathique de 1867, le Docteur Ozanam a appelé l'attention sur ce médicament et fait connaître les excellents résultats qu'il en avait obtenus pour la guérison des ulcères chroniques de toute espèce et en particulier de ceux qui ont leur siège dans les parties du corps placées au-dessous du centre ombilical.

Pœonia convient aussi aux hémorrhoïdes et aux douleurs anales.

Ce médicament agit à l'intérieur et aussi à l'extérieur. Quand on le fait prendre à l'intérieur, c'est la 1re dilution qui convient le mieux ; selon le Docteur Ozanam, ce serait la troisième.

On l'emploie extérieurement en pommades ou en lotions. Chez la jeune femme, qui était au lit n° 1, j'ai employé une pommade avec : une goutte de teinture

de pœonia pour deux grammes de vaseline, et comme vous avez pu le voir, le soulagement a été rapide.

Je ne prétends pas que cette pommade puisse guérir, ni la fissure, ni les hémorrhoïdes; mais au moins elle apporte au malade un soulagement rapide, et ne serait-ce que pour cela, il ne faut pas hésiter à l'employer dans ces cas, tout en continuant le traitement des hémorrhoïdes ou de la constipation.

SIXIÈME CONFÉRENCE.

SOMMAIRE. — Pleurésies, observations (suite). — Eruption scarlatiniforme due à *belladona*. — Chlorose. — Formes dans la chlorose. — Forme commune, observations. — Séméiotique des bruits de souffle dans le chlorose. — Traitement. — Le fer est le meilleur médicament ; il n'est pas indispensable. — Indications et contre-indications du fer. — Préparations solubles et insolubles. — Doses. — Mode d'action. — *Pulsatille, argentum nitricum, cuprum*, hydrothérapie.

Messieurs,

Nos deux pleurétiques vont bien ; l'une est tout à fait convalescente : c'est la malade qui est au n° 6 de la grande salle des femmes. Elle se lève depuis trois jours ; l'épanchement a diminué rapidement et s'est complètement résorbé avec cantharis (3e) et en teinture mère. En ce moment elle ne prend plus aucun médicament. Il y a déjà plusieurs jours qu'elle avait demandé la permission de se lever ; mais je ne l'ai accordée que lorsque l'épanchement a eu absolument disparu.

Le malade de la salle des hommes ayant eu de la

fièvre, je lui ai redonné aconit, T. M., 20 gouttes, et quoique la fièvre soit passée, on continue aconit qui agit aussi sur l'épanchement. Ce malade, qui était venu avec des hémoptysies abondantes et tous les signes qui pouvaient faire craindre une phthisie rapide, va aussi bien que possible et il est fort probable qu'il guérira.

Il nous est arrivé à l'hôpital une femme avec le diagnostic scarlatine. Elle sortait d'auprès d'un enfant qui avait la scarlatine ; elle avait un peu d'angine et une éruption scarlatiniforme, mais elle n'avait pas de fièvre et sa langue était absolument saine. Dans la scarlatine, la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre autour duquel se trouve un liséré rouge ; c'est l'épithélium qui se desquame. C'est un signe constant dans la scarlatine. Cette jeune fille n'avait pas ce signe.

Elle avait pris de la belladone à titre de moyen préventif, comme prophylaxie ; mais elle en prenait à la dose de 4 gouttes de teinture mère, chaque jour.

C'était évidemment beaucoup trop, à mon avis. Habituellement je donne cinq gouttes de teinture dans un litre d'eau, à prendre une cuillerée tous les deux jours. J'ai même observé dans ces cas, lorsque j'ai donné la belladone comme prophylactique, qu'en prenant ce médicament tous les jours pendant un certain temps, on peut avoir mal à la gorge et en même temps une éruption scarlatiniforme.

La belladone reproduit tous les signes de la scarlatine : angine, éruption à la peau, mais on n'observe pas les signes de la langue que présente la scar-

latine. Ici nous avions donc affaire à un des effets de la belladone.

A propos de deux malades dont je vous parlerai tout à l'heure, je vais vous dire quelques mots de la chlorose.

La chlorose est une maladie liée aux organes de la génération ; beaucoup d'auteurs prétendent qu'elle est particulière à la femme. Elle est caractérisée par un affaiblissement général accompagné de troubles divers dans les fonctions de l'estomac, de l'utérus, etc., et par une altération dans la qualité et la quantité des globules rouges ; mais sans lésions organiques. Je suis de ceux qui ont tendance à croire que la maladie est spéciale à la femme.

Les auteurs qui l'ont observée chez l'homme, l'ont observée au moment de la puberté. Y a-t-il une chlorose chez l'homme ? Ou a-t-on décrit sous ce nom des états anémiques dus à des causes diverses ?

Il y a trois formes de chlorose : la *forme commune*, la *forme bénigne* et la *forme grave*.

Cette dernière présente : 1° une variété fébrile et qu'on a appelée l'*anémie pernicieuse* ; 2° la variété *métrorrhagique*.

Nous nous occuperons aujourd'hui de la forme commune ; mais avant, je vais vous parler de nos deux malades : la première qui est au lit n° 6 est une jeune fille de 19 ans, couturière. Elle a eu le tœnia dans son enfance ; elle a été prise à l'âge de neuf ans d'une paraplégie qui a duré quatre mois. Réglée à 17 ans, la menstruation était assez régulière ; depuis quel-

ques mois ses règles ne sont plus aussi régulières et elle éprouve une grande faiblesse.

D'une pâleur jaune transparente, caractéristique de la chlorose, elle a des palpitations, de l'anorexie et de la dyspepsie. Elle présente un bruit de souffle au 1er temps à la base du cœur. L'auscultation des vaisseaux laisse entendre un bruit continu avec redoublement au moment de la systole ventriculaire. Le bruit continu se passe dans les veines et est comparable au bruit du diapason.

Les troubles gastriques étant chez cette malade les symptômes dominants, nous lui avons donné d'abord *nux vomica* (12e) avant les repas et *graphites* (12e) après. Sous l'influence de ce traitement, les digestions sont devenues meilleures. Nous avons ensuite donné ferrum à la 1re trit. décimale et comme les digestions étaient encore pénibles, nous avons donné *nux vomica* (12e) avant et *ferrum* (1re trit. décimale) 0.20 c. après les repas. Elle se trouve très bien de ce traitement.

La malade du n° 9 est une employée de commerce âgée de 18 ans et demi. Son père est mort d'un cancer à l'estomac, et sa mère souffre aussi toujours de l'estomac. Réglée seulement depuis six mois, la menstruation était irrégulière et enfin ses règles n'ont pas paru depuis deux mois.

Elle est d'une pâleur jaunâtre et a de la bouffissure de la face. D'une grande faiblesse musculaire, elle éprouve de la gastralgie et un point de névralgie intercostale qui s'exaspère le soir. Elle a des palpitations et des bruits de souffle au cœur, dans les artè-

res et dans les veines ; mais ce bruit de souffle est moins fort que chez le n° 6.

J'ai donné *pulsatilla* (6e), parce qu'elle attendait ses règles vers le 10 de ce mois ; je lui ai aussi donné *ferrum* (12e), qui est aussi un bon médicament pour faire revenir les règles. La céphalalgie et le point de côté ont diminué ; mais les règles ne sont pas revenues. Elle a eu hier de vives douleurs d'estomac après avoir pris ferrum à la 1re trit. décimale à la dose de 0.10 c.

Je vous rappellerai le siège des bruits de souffle dans la chlorose. Il est utile de préciser et la nature du bruit, et ses causes, et son mécanisme, et son siège.

Quand on ausculte les vaisseaux du cou, on peut entendre les bruits de transmission qui proviennent d'une lésion organique du cœur ; mais nous ne nous occuperons que des bruits qui se produisent dans les vaisseaux eux-mêmes.

Les bruits artériels sont intermittents, les bruits veineux sont continus. Les bruits de souffle intermittents, plus communs à droite qu'à gauche, s'entendent en auscultant la carotide. Quel est le mécanisme de sa production ? On a accumulé pas mal d'absurdités à ce sujet.

Vernois a pensé que ces bruits de souffle artériels étaient produits par un rétrécissement des vaisseaux dû à une diminution de la quantité de sang. — Beau n'admet pas que les artères subissent de rétrécissement; il y a au contraire une trop grande

quantité de sang : de là le bruit de frottement et de souffle.

D'autres ont prétendu qu'il n'y avait pas de bruit. Chauveau dit que c'était le médecin qui produisait le bruit par la pression du vaisseau avec son stéthoscope. On lui a répondu que ce bruit, si telle en était la cause, on devrait l'entendre chez tout le monde ; ce qui n'est pas. — Le bruit de souffle serait produit par la diminution des globules et serait renforcé par la pression du stéthoscope. Des auteur sont examiné et trouvé que lorsque le nombre des globules tombait à un certain chiffre, le bruit de souffle existait ; et lorsque ce chiffre augmentait, le bruit de souffle disparaissait. C'est là l'explication la plus naturelle des bruits de souffle artériel dans la chlorose.

Sur la veine jugulaire externe on entend un bruit de souffle continu avec des variétés de timbre ; un bruit de souffle musical. Laënnec le comparait au bruit de la mer ; on l'a aussi comparé au roucoulement de la tourterelle, au sifflement du vent à travers le feuillage, etc.

Le timbre de ce bruit veineux est plus bas que le souffle carotidien. Pour bien le percevoir, il est bon que le malade soit assis ou debout : la pression du stéthoscope ne doit être ni trop faible ni trop forte et il faut que les muscles du cou soient légèrement tendus. Pour cela, la face du malade doit être inclinée du côté opposé à celui que l'on ausculte et le menton un peu relevé. C'est à droite qu'on entend le maximum de ce bruit. Le bruit avec renforcement

s'entend dans la jugulaire primitive ; ce renforcement est dû aux bruits artériels. Les bruits musicaux se passent exclusivement dans les veines ; ils sont comparables au bruit produit par les ailes d'une mouche ou la vibration aiguë d'un diapason. Ces signes vasculaires sont considérés par la plupart des médecins comme des signes pathognomoniques de l'anémie. Peter, Parrot, Potain disent avoir trouvé ces bruits chez les hystériques ; mais je crois qu'il est rare de trouver des hystériques qui ne soient pas anémiques. Lors même qu'il serait démontré qu'on peut les trouver en dehors de la chlorose, ils n'en constitueraient pas moins un signe de la chlorose.

Germain Sée prétend que tous les bruits se passent dans les artères ; il dit que le 1er bruit est dû à l'impulsion cardiaque et le 2e à l'élasticité des artères qui en revenant sur elles-même donnent une nouvelle impulsion au sang.

Tout le monde a une impulsion cardiaque : tout le monde a l'élasticité artérielle, et cependant on ne trouve pas chez tout le monde ce bruit de souffle.

Généralement on trouve aussi un bruit de souffle au 1er temps à la base du cœur. Ce bruit se prolonge habituellement du côté de l'aorte et de l'artère pulmonaire. On a prétendu aussi que ce bruit de souffle pouvait s'observer à la pointe du cœur ; mais le souffle de la pointe est toujours un signe de lésion valvulaire.

Passons maintenant au traitement :

Le fer, qui a été considéré comme un médicament

spécifique contre l'anémie, ne guérit pas toujours ; quelquefois les malades ne peuvent le supporter.

J'ai vu beaucoup de malades guérir avec la pulsatille seule : cela suffit à détruire la théorie chimique de la reconstitution des globules par le fer, qui, s'il en était ainsi, serait indispensable dans tous les cas. Le fer est néanmoins un des premiers médicaments de la chlorose. Les signes qui lui sont propres sont : la pâleur extrême avec rougeur vive au moindre effort ; dyspnée ; palpitations ; œdème ; bouffissure ; anorexie surtout pour la viande ; vomissements alimentaires, surtout la nuit ; constipation ; aménorrhée, dysménorrhée ; tristesse et fatigue extrême. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a des contre-indications, à savoir : la toux, la diarrhée, les ménorrhagies. Trousseau a montré que la phthisie pulmonaire pouvait être déterminée par un traitement ferrugineux.

Après avoir essayé les préparations solubles, je suis revenu aux insolubles qui me semblent mieux supportées : la limaille de fer, le fer réduit par l'hydrogène en nature ou la 1re trit. décimale. Dans tous les cas, cinq centigrammes est la dose la plus forte que je puisse conseiller ; on la donne en deux fois au commencement des deux principaux repas. On en a donné jusqu'à deux grammes, le malade en rendait par les selles deux grammes moins un milligramme. Les doses énormes, n'étant pas absorbées, n'ont pas de raison d'être et fatiguent les malades. Il faut que le fer soit absorbé pour que la chlorose puisse guérir.

Dans le traitement de la chlorose, le fer agit dynamiquement et non chimiquement. Les aliments qu'absorbent les chlorotiques contiennent assez de fer pour refaire leurs globules et rétablir le sang dans son état physiologique. Il en est de même pour les phosphates et il y a beau temps que les éleveurs ont trouvé que les phosphates contenus dans les lentilles, les haricots, s'assimilent mieux et valent mieux que les phosphates des pharmaciens.

Lorsque le fer sera contre-indiqué, ou ne pourra être supporté par les malades, vous pourrez employer *pulsatilla* qui reproduit dans sa pathogénésie beaucoup de symptômes de la chlorose : pâleur, frilosité, palpitations, dysménorrhée, leucorrhée remplaçant les règles. Mais le signe caractéristique de pulsatilla, c'est la paresse, l'horreur du mouvement et la frilosité. Vous avez encore *arsenic*, qui est le médicament de la chlorose ménorrhagique. *Argentum nitricum* est indiqué par la gastralgie, l'anorexie, la ménorrhagie, la céphalalgie. Comme la gastralgie est une contre-indication du fer, on donne alors argentum nitricum. *Cuprum* a été aussi préconisé ; mais jusqu'à ce jour ce médicament n'a pas été suffisamment expérimenté dans le traitement de la chlorose.

Enfin, dans les cas rebelles, vous avez encore *l'hydrothérapie*, médication qui relève fortement les forces végétatives et rend souvent de grands services alors que les autres médications avaient échoué.

SEPTIÈME CONFÉRENCE.

SOMMAIRE.— Chlorose. — Observation (suite). —Pleurésie. — Observation (suite). — Un nouveau cas de pleurésie. — Observation.— Épanchement énorme. —*Aconit*. —Fièvre typhoïde maligne. — Observation. — Accès pernicieux. — Arthrite goutteuse, œdème. — *Apium virus*. — Epididymite blennorrhagique.— Observation. — *Aconit, hamamalis, pulsatille*.— Guérison. — Epilepsie Jacksonnienne. — Observation. — Diagnostic du siège. — Diagnostic de la nature de la maladie: — Attendre.

Messieurs,

Je vous dirai, en commençant, quelques mots des deux chlorotiques qui sont aux n°s 6 et 9 de la grande salle des femmes. Le n° 6 va beaucoup mieux, la douleur qu'elle éprouvait à l'estomac après les repas, a à peu près disparu : elle reprend des couleurs. Comme traitement, elle a pris nux vomica (12e) avant les repas et ferrum (1re trit. décimale 0.10 c.) après les repas.

Quant au n° 9, il y a encore peu d'amélioration ; elle n'a pas pris de fer aussitôt que l'autre ; on lui donnait pulsatilla 6e dil., parce qu'elle avait de la céphalalgie et des points de névralgie intercostale. Il y a quelques jours on avait commencé à lui donner ferrum 1re trit. ; on l'a suspendu deux jours après, parce que la malade se plaignait d'avoir eu des crampes d'estomac. Cependant, après l'avoir interrogée, nous avons appris qu'elle en avait eu avant de prendre le fer. La céphalalgie et la névralgie intercostale ayant disparu, nous l'avons soumise au

même traitement que le n° 6, c'est-à-dire : nux vomica 12e avant et ferrum 1re trit. décimale après les repas, et j'espère pouvoir vous dire qu'elle va beaucoup mieux, dans notre prochaine leçon.

Nos pleurétiques homme et femme vont bien. Le n° 6 de la salle des hommes surtout est un cas intéressant à cause des hémoptysies qu'il a eues. Il est possible qu'il soit phthisique; mais, pour le moment, on ne trouve aucun signe suspect, si ce n'est un peu d'obscurité au sommet droit. Il va très bien et ne tardera pas à quitter l'hôpital. Chez lui, aconit a fait tous les frais de la guérison, et, comme il allait bien, on l'a continué.

Nous avons reçu, il y a quelques jours, une autre pleurésie. C'est une femme de 43 ans, qui est entrée le 17 décembre, et que vous avez vue au n° 13 de la grande salle. Voici, en deux mots, son histoire : d'une bonne santé habituelle, mais usée par la misère et les privations, elle habitait un logement humide et sans feu. Huit jours avant son entrée, le 9 décembre, elle eut des frissons vers 11 h. du matin, puis une céphalalgie violente qui a duré deux jours; ses règles sont venues et le mal de tête a beaucoup diminué. Elle a eu en même temps un point de côté peu douloureux et une petite toux sèche très fatigante, sans expectoration.

A son entrée, le 18 décembre au matin, la température s'élève à 40°. Figure pâle, langue saburrale, pouls petit, rapide ; à la percussion du côté gauche, matité qui s'élève en arrière jusqu'au sommet du poumon et en avant jusqu'au niveau du bord infé-

rieur de la 2e côte ; sous la clavicule, bruit de pot fêlé qui le soir a déjà disparu et est remplacé par de la matité. Abolition absolue des vibrations thoraciques. L'auscultation révèle un souffle asssez fort au sommet dans la fosse sus-épineuse et sous l'aisselle. On trouve aussi de l'égophonie vers la partie moyenne du poumon. Le cœur est refoulé à droite. Le soir, la température s'élève à 39°2. Aconit teinture-mère XX gouttes. Le 19 la malade est un peu moins oppressée. T. M. 37°8; T. S. 39°2. Hier, T. M. 37.6 : T. S. 39° et ce matin la température était de 37°4. Il y a donc un abaissement régulier dans la courbe thermique ; du reste, la malade se trouve mieux et respire plus facilement.

Nous nous trouvons ici en présence d'un épanchement énorme qui n'est pas sans nous donner quelque inquiétude. Le pouls est petit, mais régulier ; la malade se trouve bien, se couche même un peu du côté droit et le tracé nous donne une échelle descendante. Nous avions songé à donner bryone, mais il n'y a pas de point de côté ; d'un autre côté, aconit nous a si bien réussi dans les deux cas précédents que nous l'avons encore prescrit ici. Il y a déjà une légère amélioration et une diminution de l'épanchement ; la matité est cependant la même partout. Du reste, elle persiste encore quelque temps après la résorption de l'épanchement ; mais l'égophonie a descendu de niveau. Nous continuons aconit, et si l'épanchement ne diminuait pas, on donnerait cantharis.

Nous avons une autre malade dans les salles dont je ne vous dirai que quelques mots, car j'aurai à y

revenir dans notre prochaine leçon. C'est une jeune fille de 20 ans, atteinte de fièvre typhoïde. Elle est à Paris depuis un an ; autrefois on ajoutait beaucoup d'importance à cette durée du séjour. Les prodromes ont duré 12 jours ; faiblesse, inappétence, céphalalgie, épistaxis, quelques selles diarrhéiques, etc.

Quand elle est entrée, le 17 décembre, elle était couchée depuis quatre jours ; son état fébrile était intense, 39° le matin et 40° le soir. Les taches n'ont pas encore paru ; la langue est blanche, rouge sur les bords, mais n'est pas desséchée ; le ventre est ballonné et il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Dès les premiers jours j'ai porté un pronostic grave, très grave même, parce qu'il n'y avait pas de rémission matutinale et pour ainsi dire pas d'oscillation dans la température. Ainsi le 19 il y avait 39°7 le matin et 40°2 le soir ; le 20 la température, au lieu de baisser le matin, était plus élevée que la veille au soir et égalait 40°3 et 40°4 le soir ; le pouls augmentait aussi de fréquence 108, 110 et 112. De plus, il y avait un peu de dyspnée, et c'est là aussi un mauvais signe. Hier soir, nouvel aspect de la maladie ; la dyspnée a augmenté, la malade demandait à être soulagée immédiatement et disait qu'elle allait mourir si on ne lui donnait quelque chose pour la calmer. Le facies était anxieux, les extrémités froides ; mais il y a eu des sueurs profuses dans la soirée. Ce matin, la température est tombée à 38°3 et la malade dit se trouver bien. Il y a eu là très probablement un accès pernicieux : le facies grippé, l'angoisse et les sueurs profuses qui ont suivi,

tout le donne à supposer. Aussi j'ai prescrit, ce matin, du sulfate de quinine à la dose d'un gramme à prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle. Quoi qu'il en soit, je porte dès aujourd'hui un pronostic des plus fâcheux sur l'issue de la maladie.

Je dirai encore un mot de deux autres malades : une goutteuse qui est entrée avec une arthrite de la main et du poignet. J'ai dit goutteuse parce que cette malade a eu autrefois la migraine. Puis, cet œdème de la main, du poignet et qui remonte jusqu'au coude est un signe de goutte.

La caractéristique de l'arthrite goutteuse est l'œdème. J'ai prescrit salicylate de soude à dose infinitésimale et il y a eu un insuccès complet ; j'ai alors donné *apium virus* et l'œdème a diminué et presque disparu. L'amélioration a eu lieu 48 heures après l'administration de ce médicament.

L'autre malade est un jeune homme, garçon de café, qui a une *épididymite*. Comme il avait de la fièvre, j'avais donné aconit en même temps qu'*hamamelis*. Il y a eu une grande amélioration quand tout à coup, sans cause appréciable, est survenue une nouvelle aggravation. J'ai fait alors de l'empirisme et j'ai donné *pulsatilla* ; au bout de deux jours, tout s'est amendé. La guérison s'est effectuée rapidement et le malade va sortir : nous sommes au 14e jour. Vous voyez que le résultat est assez joli ; la durée d'une épididymite est ordinairement beaucoup plus longue.

Je vais vous parler maintenant d'un cas extrêmement curieux. C'est une malade âgée de 37 ans qui

est entrée à l'hôpital le 6 décembre. Elle est, dit-elle, encore demoiselle. Sa santé habituelle était satisfaisante ; assez impressionnable, elle pleurait souvent. Maux de gorge fréquents sans caractères spécifiques, s'accompagnant d'une toux nerveuse très forte, sans expectoration. Pas de ganglions engorgés.

Il y a cinq ans, rhumatisme articulaire aigu qui a duré six semaines. Quelques palpitations qui n'ont pas laissé de trace.

Il y a six mois elle passait sur la place St-Germain-des-Prés avec une de ses amies lorsqu'elle fut prise tout à coup de mouvements convulsifs dans le bras et la jambe du côté droit. C'étaient des mouvements rhythmiques à petites oscillations pour le bras et une sorte de trépidation pour la jambe. Cela a duré quelques minutes, puis plus rien.

Trois semaines avant son entrée, elle a été prise d'un violent mal de tête. Elle travaillait quand même, mais au bout de huit jours la céphalalgie est devenue excessive et s'est pour ainsi dire localisée du côté gauche vers la tempe et la région du temporal. Le 23 novembre, elle a été reprise de ses mouvements convulsifs habituels. Tandis que la jambe exécutait une sorte de trépidation, son bras éprouvait de petites oscillations qui l'éloignait progressivement du corps. Il lui était impossible de le rapprocher, elle a dû prier une personne présente de l'aider à le faire. Il n'y a pas eu de perte de connaissance.

A partir de ce jour, elle a senti un affaiblissement progressif dans la jambe et le bras droits.

Quand elle est entrée ici, elle avait une hémiplé-

gie incomplète du côté droit. Paralysie flasque à la main; elle pouvait encore remuer l'épaule. Il y avait un peu d'œdème et une élévation de température supérieure à la température de l'autre bras (bras gauche T. 32°4; bras droit paralysé T. 34°). Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité. Le membre inférieur présentait des troubles analogues.

En résumé, nous sommes en présence d'une malade atteinte d'une paralysie limitée à un groupe de muscles du côté droit, et éprouvant une céphalalgie intense fixe, siégeant à la région temporale du côté gauche.

Il y avait là tous les signes d'une tumeur syphilitique ; mais il n'y a jamais eu d'éruption à la peau, pas de chute des cheveux et l'examen ophthalmoscopique n'a révélé rien de spécifique.

Vous savez que le lobe frontal est séparé du lobe pariétal par la scissure de Rolando. En avant de la scissure se trouve la circonvolution frontale ascendante ; en arrière la pariétale ascendante et au sommet se trouve le lobule paracentral. Or, c'est à la partie supérieure de ces circonvolutions que se trouve le centre des mouvements des membres supérieurs et inférieurs. D'un autre côté, il y a des troubles de la circulation, une sorte de paralysie des vaso-moteurs. D'après les recherches de Charcot, Vulpian, Follet, Lepine, etc., il résulterait que lorsque la cause de la paralysie a son siège dans les couches optiques ou dans les corps striés, il y a élévation relative de la température dans les parties paralysées ; cette élévation peut aller jusqu'à 3 ou 4 degrés dans les

parties paralysées ; mais elle n'atteint jamais celle des parties centrales.

Il est donc facile de localiser la lésion, s'il y en a une ; elle doit siéger à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté gauche.

Cette malade a-t-elle une tumeur cérébrale ? Quelle est sa nature ? Est-ce simplement une paralysie hystérique ? Cette dernière hypothèse aurait chance d'être acceptée si l'amélioration obtenue devenait définitive. La céphalalgie a cédé à l'action de belladona et les mouvements convulsifs ont été modifiés par causticum. En présence de la marche de la maladie, on pourrait croire à une tumeur qui aurait évolué lentement ; mais une tumeur ne pourrait, quelle que fût sa nature, avoir disparu sitôt. La paralysie pourrait être légèrement modifiée peut-être, mais persisterait encore. Ici, rien de pareil ; il y a encore un peu de faiblesse dans la jambe droite pendant la marche, mais elle ne traîne pas. Les mouvements de la main sont assez faciles et la malade serre aussi fortement de la main droite que de l'autre : le pouce seul reste paresseux.

La paralysie hystérique siège plus habituellement à gauche qu'à droite et a pour caractère d'être presque toujours accompagnée d'analgésie. Chez notre malade, la sensibilité est bien conservée. J'ai recherché avec soin s'il y avait des points hystérogènes et je n'en ai pas trouvé. Il y a un peu de douleur à la pression dans la région ovarienne, mais elle est peu marquée ; rien au sommet de la tête, ni dans la gout-

tière vertébrale ; pas non plus de points au sternum ni dans les aines.

Nous allons analyser à grands traits les divers phénomènes observés chez cette malade, afin que vous compreniez bien le tableau des symptômes et pour que nous puissions arriver à un diagnostic précis autant que peut nous le permettre l'état actuel de la malade et la marche suivie par la maladie jusqu'à ce jour.

Il y a eu chez notre malade : céphalalgie dans la région temporale gauche, — mouvements convulsifs survenant par accès comme des attaques d'épilepsie, sans perte de connaissance, — hémiplégie incomplète à droite aujourd'hui à peu près disparue. Il y a donc quelque chose dans le voisinage du sillon de Rolando, tumeur, hémorrhagie, embolie de l'artère sylvienne ou congestion.

Il existe des lésions inflammatoires qui ressemblent à des lésions organiques, tels que méningite localisée dans un point de l'encéphale, ramollissement, encéphalite, etc. Tous les désordres occasionnés par ces affections peuvent disparaître avec l'inflammation. On a vu des malades qui ont eu des lésions ayant déterminé chez eux le délire des grandeurs, des paralysies du larynx, des sphincters et chez qui tous ces désordres ont tout à fait disparu après un temps plus ou moins long.

Il peut exister des lésions inflammatoires capables de s'éteindre tout à fait après avoir donné lieu à des désordres divers dans les mouvements ou la

sensibilité ou des troubles dans la nutrition et la circulation.

Il est très probable que, chez notre malade, il y a eu une lésion de nature inflammatoire qui a aujourd'hui disparu à peu près, avant d'avoir pu amener la destruction des tissus qu'elle avait envahis. La suite de l'observation nous permettra peut-être un diagnostic plus complet.

HUITIÈME CONFÉRENCE.

SOMMAIRE. — Fièvre typhoïde maligne terminée par la mort. — Hérédité des prédispositions morbides. — Observation. — De la malignité dans les maladies. — De la perniciosité. — De la colique hépatique. — Des trois sources d'erreur signalées par Hippocrate. — Difficulté de juger de l'efficacité des médications dans le traitement de la colique hépatique.

Messieurs,

Nous avons eu le malheur de perdre une fièvre typhoïde et pour que cet événement fâcheux nous serve de leçon, nous allons examiner le diagnostic, le pronostic et le traitement de ce cas particulier.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, originaire de la Suisse et arrivée à Paris depuis un an. Une de ses sœurs est morte récemment à Lariboisière, d'une fièvre typhoïde qui l'a enlevée en 8 jours. Vous observerez souvent dans une même famille une prédisposition aux mêmes maladies et surtout aux mêmes formes bénignes ou graves, comme s'il y avait une sorte d'hérédité morbide.

Observation. — Depuis une douzaine de jours, cette jeune fille éprouvait du malaise, de la céphalalgie; elle avait de l'insomnie, des épistaxis et une disposition à la diarrhée. Le 14 décembre tous ces symptômes s'étant aggravés, elle a été obligée de garder le lit, et on l'a amenée à l'hôpital le 17 décembre, 4e jour de la maladie.

A son entrée, la température s'élève le soir à 39°5 et le pouls à 100 pulsations. Décubitus dorsal, prostration légère, langue blanchâtre, rouge sur les bords; céphalalgie intense et douleur à la pression, dans la fosse iliaque droite, mais pas de gargouillement. *Belladone* (3e) pour la nuit.

Le 18 déc., 5e jour, T. M. 38°8 et 40°1 le soir; c'est beaucoup pour une fièvre typhoïde au 5e jour. Epistaxis le matin, deux selles diarrhéiques, verdâtres. On prescrit *muriatis acidum* 3e pour la journée et *belladone* 3e pour la nuit. Dans la nuit la malade a eu cinq à six selles et des vomissements bilieux.

Le 6e jour, il y avait de la diarrhée, les vomissements persistaient; mais il est survenu de nouveaux symptômes; une prostration profonde et une dyspnée sans rapport avec l'état des organes respiratoires T. M. 39°7; T. S. 40°2. Pouls 108. Dans la nuit, gémissements incessants et soubresauts des tendons.

Le 7e jour, on observe souvent un abaissement de la température coïncidant avec l'apparition des taches lenticulaires; ici, il n'y a pas eu de rémission; au contraire, l'ascension a continué : la température était de 40°3 le soir; le pouls était à 112.

Cette ascension continue, sans rémission, la pros-

tration considérable, les soubresauts des tendons, le délire nocturne nous firent porter dès ce jour un pronostic fâcheux. Pendant les premiers jours, nous avions donné *muriatis acidum* et *belladone* (3e) ; mais en présence de cette aggravation, nous avons prescrit *arsenicum* 3e trituration, 20 centigr.

21 *déc.*, 8e *jour*, T. M. 39°9 ; T. S. 40°2. Pouls 112. Dans la soirée, vers deux heures, grande anxiété, dyspnée excessive ; la malade pousse des cris, dit qu'elle étouffe, qu'elle va mourir si on ne la soulage pas immédiatement ; elle fait des efforts pour vomir. Les extrémités sont froides, le pouls petit et extrêmement fréquent. La nuit a été meilleure que les précédentes et le lendemain matin la température était tombée à 38°3.

Ainsi, le 8e jour, la température n'a pas été aussi élevée le soir, mais il y a eu un accident qui caractérise l'état de *malignité* de cette fièvre typhoïde ; le refroidissement des extrémités, les cris d'angoisse, la dyspnée, etc., tout cet ensemble de symptômes auxquels ont succédé des sueurs profuses, l'abaissement considérable de la température le lendemain matin font songer à un accès pernicieux. Aussi nous avons fait prendre, au moment de la visite, un gramme de sulfate de quinine en deux doses, à une demi-heure d'intervalle.

22 *déc.*, 9e *jour*, T. M. 38°3 ; T. S. 39°3. Pouls 104. Vers midi il y a eu de l'anxiété et comme menace d'accès et dans la nuit des sueurs profuses comme si l'accès avait eu lieu. Le lendemain matin à 5 heures, prostration excessive, face pâle, grippée,

pouls petit, filiforme et température 37°3. Il n'y avait pas de ballonnement du ventre. S'agissait-il d'une hémorrhagie intestinale ; on pouvait le craindre en voyant la température tomber à 37°3 sans autre cause appréciable. Par mesure de précaution, on a donné à la malade *ipéca* 1re trituration décimale, 0 gr. 20 centig. en deux doses, à une demi-heure d'intervalle. La dyspnée a diminué et à 8 heures la température était remontée à 38°3. Rien, dans la suite, n'est venu confirmer le soupçon d'hémorrhagie qu'avait fait naître cette température extraordinaire. A partir de 7 heures, le pouls s'était relevé ainsi que la température ; mais l'état cérébral s'aggravait, il y avait de l'agitation et du délire. Le pouls était à 108. *Stramonium* 1re, dix gouttes, et *sulfate de quinine* à la dose de 0,75 centigrammes.

Le soir du 10e *jour*, la température baisse à 38° ; (tout est irrégulier dans cette fièvre) ; l'état cérébral s'accentue de plus en plus ; vers 6 heures, la malade cesse de parler, ne demande plus à boire et refuse de répondre. Pressée de questions, elle dit qu'elle entend, qu'elle comprend, mais qu'elle ne veut plus et ne peut plus parler. A partir de ce moment, les selles et les urines sont involontaires.

24 *déc.*, 11e *jour*, T. M. 38°5 ; T. S. 38°8 ; pouls 110. Même état ; mutisme, regard méchant et haineux, somnolence alternant avec une grande agitation. La langue est sèche et il y a des fuliginosités sur les dents : on donne *stramonium* teinture mère, 3 gouttes.

25 *déc.*, 12e *jour*, T. M. 39°2 ; T. S. 38°8. La tem-

pérature est plus élevée le matin que le soir. Agitation considérable ; la malade ne peut rester une minute dans la même position et se couche sur le côté droit, puis sur le côté gauche ; elle continue ce manège toute la journée. On est obligé de se tenir constamment près d'elle pour l'empêcher de tomber de son lit.

26 *déc.*, 13e *jour*. L'agitation est plus grande encore ; la température n'a pu être prise le matin. Le moindre attouchement excite la malade. Il y a de grands mouvements rythmiques du bras gauche. Sécheresse de la bouche et de la langue ; déglutition très difficile ; les évacuations sont supprimées ou irrégulières. T. S. 39°. J'avais donné *stramonium* ; mais devant ces mouvements au moindre attouchement, j'ai prescrit *sulfate de strychnine* 2e trit., 0gr. 20 centigr.

Le soir, je suis revenu voir la malade, car elle m'inspirait de l'inquiétude. Elle était un peu plus calme ; la langue était sèche et dure comme un morceau de bois et la bouche entr'ouverte comme s'il y avait un corps étranger dans la gorge. J'ai donné *opium* 2e trit., 0 gr. 20 centigr. et on a nettoyé la langue et la gorge avec une tranche de citron portée au bout d'une pince ; la malade paraissait s'en trouver bien. A partir de 10 heures, grande agitation et cris inarticulés jusqu'au matin.

27 *déc.*, 14e *jour*, T. M. 38°9. Même état ; bouche entr'ouverte et mâchoire contracturée. Un nouveau symptôme fâcheux est survenu, c'es une éruption de purpura aux avant-bras et aux jambes. A 2 heures

du soir, la température monte à 40 degrés, puis surviennent des sueurs profuses. La nuit est très mauvaise, grande agitation, cris inarticulés, etc.

Le lendemain, 27 *déc.*, 15e *jour*, prostration absolue à 5 heures du matin ; à 6 h., râle trachéal, agonie et mort à 9 heures du matin.

Passons au diagnostic ; il n'y a aucun doute : céphalalgie, insomnie, épistaxis ; puis douleur dans la fosse iliaque droite, diarrhée, taches lenticulaires. C'était bien une fièvre typhoïde ; mais c'était la forme maligne ou ataxique. La *malignité* est un mot ancien que l'on ne veut plus employer aujourd'hui et cependant c'est un élément important dans les maladies.

La malignité est caractérisée par plusieurs signes : c'est la contradiction entre les symptômes ; la disproportion entre l'état d'un organe et le trouble de ses fonctions : extrême sécheresse de la bouche sans soif, dyspnée excessive alors que l'état du poumon paraît peu modifié ; sensation de bien-être et aspect général grave avec une température très élevée ; ou bien encore aggravation dans l'état du malade avec une température presque normale. Ainsi, chez notre malade, l'aggravation s'est manifestée, alors que la température baissait et était voisine de 37°. Il y a encore d'autres symptômes : c'est la tendance à la syncope, la petitesse du pouls, le facies grippé ; en un mot, la déroute des fonctions vitales, comme le disaient les anciens. Tels sont les symptômes de malignité auxquels vous ne vous tromperez pas.

Dès le cinquième jour, j'avais porté un pronostic

fâcheux basé sur les vomissements bilieux précoces.

Quant au traitement, il a été très pauvre en résultats ; j'ai donné d'abord *muriatis acidum* et *belladone* contre la diarrhée et les rêvasseries ; puis *arsenic* à cause de la forme grave qu'affectait la maladie. J'ai aussi donné *stramonium*, qui est caractérisé par le mutisme, le soubresaut des tendons, etc.. Ces divers médicaments ont échoué ; il y avait pour ainsi dire ataxie des remèdes. Le sulfate de quinine a empêché le retour des accès pernicieux ; il y a une certaine analogie entre la malignité et la perniciosité ; cette dernière est la malignité revenant par accès, c'est la malignité intermittente.

Lorsque vous rencontrerez cet état, vous êtes presque certains d'en triompher avec le sulfate de quinine. Ici nous n'avons réussi qu'à couper les accès, et nous n'avons pu empêcher l'aggravation continue ; ce n'est pas une raison pour se décourager une autre fois. Quand la malignité atteint un très haut degré, le sulfate de quinine l'empêche de revenir par accès ; mais il n'empêche pas la mort.

Dr P. Jousset.

REVUE RÉTROSPECTIVE

En 1867 paraît le premier numéro de la *Revue Positive*. Littré y expose dogmatiquement les principes de la science moderne.

« Toute philosophie, dit-il, est une conception du

monde.... Les théologies conçoivent le monde comme régi par des volontés ; les métaphysiques comme régi conformément aux idées qui apparaissent universelles et nécessaires à notre intelligence ; la philosophie positive comme régi par des lois, au sens scientifique du mot. (*Revue positive*, t. 1er p. 5.)

Or, les lois, selon la philosophie positive, dérivent des propriétés immanentes de la matière. Elles constituent les principes des choses, d'où l'on tire les principes de l'esprit. (*Loc. cit.*, p. 22.)

L'esprit n'étant qu'une manifestation, une résultante des propriétés immanentes de la matière, à plus forte raison la vie, la santé, la maladie, ne peuvent-elles être autre chose.

Tel est le point de départ et telles sont forcément les conclusions de la science moderne. Dès ses débuts, non contente d'éliminer les solutions métaphysiques comme celles-ci avaient éliminé les solutions théologiques (*loc. cit.*, p. 6), elle affiche la prétention, non seulement de diriger les intelligences, mais encore de régir la société (*loc. cit.*, p. 30).

Le résultat a dépassé ses visées et ses espérances. En quelques années elle a fait la conquête du monde savant. La voici, maintenant, partout triomphante, toute-puissante dans les conseils des gouvernements. C'est seulement après trois siècles de persécutions subies que le Christianisme a triomphé par l'avènement de Constantin. Aussi la philosophie positive, bien loin d'avoir aucune prévention contre le miracle, partagea-t-elle longtemps la croyance commune à cet égard (*loc. cit.*, p. 8).

Elle doit la partager encore et plus que jamais.

L'invasion de la science moderne a été si rapide que, déjà, en mai 1875, Claude Bernard écrivait : « Si nous pouvons définir la vie à l'aide d'une conception métaphysique spéciale, il n'en reste pas moins vrai que les forces mécaniques, physiques et chimiques sont seules les agents effectifs de l'organisme vivant et que le physiologiste ne peut avoir à tenir compte que de leur action.

« Nous dirons avec Descartes : *On pense métaphysiquement, mais on vit et on agit physiquement.* »

Chose étrange ! Pour en arriver, comme Claude Bernard, à la conception physique de la vie, M. Pasteur part d'un préjugé, sinon théologique, du moins métaphysique, contre la génération spontanée. Le 30 avril 1877, il dit à l'Académie des sciences : « La question de la génération spontanée s'est transportée, en effet, dans le domaine médical, surtout en ce qui concerne les maladies contagieuses. Un membre de l'Académie de médecine écrivait naguère : « La maladie est en nous, de nous, par nous. » Tout serait donc spontané en pathologie. Une autre école proclame, au contraire, que beaucoup de maladies sont toujours et nécessairement transmises. »

Le 13 janvier 1877, à la Société de Biologie, M. Paul Bert, se fondant sur ses expériences, avait émis la proposition suivante : « Donc les bactéridies ne sont ni la cause ni l'effet nécessaire de la maladie charbonneuse. Celle-ci est due à un virus. »

Le 30 avril, à l'Académie des sciences, dans la communication citée plus haut, M. Pasteur proteste

contre cette proposition. Il établit que la maladie charbonneuse doit être attribuée à la bactéridie, découverte par Davaine en 1850, à l'exclusion de toute autre substance de la nature du virus.

En 1863, M. Pasteur avait démontré que, dans l'état de santé, le corps des animaux est fermé à toute introduction des germes extérieurs. Peu d'années après il reconnut son erreur. Il avait vu, en effet, les petits bâtonnets simples ou articulés de la maladie des vers à soie se réduire, par régression, à l'état de corpuscules brillants. Or ces corpuscules résistent à une dessiccation prolongée sans périr. La poussière infectieuse qui en résulte, répandue *artificiellement* sur la feuille de mûrier, *peut* aller faire fermenter celle-ci dans le canal intestinal et provoquer la maladie et la mort de l'insecte (Comptes rendus, tome XXIV, p. 900 à 906). M. Paul Bert n'est pas convaincu. Le 21 mai, dans un mémoire à l'Académie des sciences, il résume les résultats de ses expériences, en ces termes :

« Les venins doivent leur action à des substances chimiques comparables aux alcaloïdes végétaux.

« Ni la morve, ni le vaccin, ne doivent leurs propriétés virulentes à des êtres vivants ou à des cellules vivantes ; il y a là une matière qui se rapproche, par ce caractère, des substances diastasiques.

« Il existe dans le sang charbonneux un principe toxique et virulent, qui résiste à l'action de l'oxygène comprimé et de l'alcool, et qui peut être isolé à la façon des diastases. »

M. Pasteur ne perd pas de temps. A la séance du

16 juillet il revient sur les corpuscules brillants. On les désignera à volonté sous les noms de *kystes*, *spores ou conidies*. Ils n'en restent pas moins pour lui les corpuscules-germes. Il a soumis ceux de la bactéridie charbonneuse, pendant 21 jours, à une compression de dix atmosphères dans l'oxygène pur, sans leur faire perdre leur faculté de reproduction.

Le 30 juillet, M. Paul Bert fait amende honorable. MM. Pasteur et Joubert lui ont fait voir, dans ses propres préparations, les corpuscules-germes de la bactéridie charbonneuse, et il écrit : Il me *paraît* donc *absolument* démontré que le sang sur lequel j'avais expérimenté, contenait, non seulement des bactéridies, mais des vibrions septiques, dont les corpuscules-germes ont résisté à l'alcool comme à l'oxygène comprimé, les êtres adultes ayant, au contraire, succombé à l'un et à l'autre de ces deux agents. Donc le principe virulent est bien un organisme élémentaire vivant, comme MM. Pasteur et Joubert l'ont déclaré. »

C'en est fait : la nouvelle école, l'AUTRE comme l'appelle M. Pasteur et dont il est le chef, la nouvelle école surmontera tous les obstacles, brisera ou dédaignera toutes les oppositions. La médecine moderne est fondée. De même que le corpuscule-germe reproduit la bactéridie détruite par le temps, de même la médecine moderne va reproduire toutes les erreurs des systèmes iatro-physico-mécanico-chimiques, depuis longtemps oubliés. Désormais la pathologie sera réduite à la microgénie, à la septicémie, à la zymogénie, à la thermogénie, à la pyrogénie et la

thérapeutique à la pyrotechnie empirico-étiologique.

Passons rapidement en revue les conquêtes de cette thérapeutique moderne, dans les dernières années. La plupart ont été stériles ; elles sont déjà abandonnées.

La première est des plus minimes. Après une simple mention, je ne crois pas qu'elle ait été exploitée. Sous le nom de Tonga, les insulaires Fidjis exportent une substance médicamenteuse sous forme de paquets renfermant des feuilles, des écorces et du bois d'une plante. Chaque paquet est enveloppé dans un fragment d'écorce de cocotier. Le docteur David Wallace dit avoir employé avec succès l'extrait de cette substance pour combattre les névralgies du trijumeau. La disparition des douleurs était très rapide et se manifestait dès la première demi-heure qui suivait l'ingestion du médicament. Des résultats aussi heureux ont été obtenus par le docteur Ringer dans le traitement des névralgies. (*Union médicale* 13 mars 1883.) Heureuse de ces renseignements précis, la médecine moderne demande que ce médicament soit mis à l'étude, sans s'inquiéter de savoir ce qu'est la plante, ce qu'est la substance exportée par les Fidjis, satisfaite de savoir que le médicament est enveloppé dans un fragment d'écorce de cocotier.

Dans le même numéro du même journal, on lit que le docteur Alexandre, de Liverpool, a pratiqué chez cinq épileptiques la ligature des artères vertébrales, chez deux autres simultanément la ligature des deux vertébrales, mais sans produire la guérison. Il s'ap-

plaudit d'avoir diminué le nombre des attaques et modifié l'état mental des épileptiques, heureusement sans avoir eu à déplorer ni une altération profonde des centres nerveux, ni surtout la mort.

Le nitrite de soude, préconisé par le docteur Low contre l'épilepsie, à titre de médicament vaso-moteur, est, sinon plus sûr, du moins plus humain. Chez un épileptique de 29 ans, malade depuis l'âge de quatre ans, le nitrite de soude aurait réduit le nombre des attaques de soixante-dix-huit attaques en soixante-quatre semaines à trois attaques en quatre semaines, apportant une amélioration notable à l'état général. (*Ibid.*, *Ibid.*).

Pendant l'expédition de Tunisie, le docteur Driout, médecin major de 1re classe, a expérimenté le permanganate de potasse en boisson et en injections sous-cutanées contre le venin des vipères cornées. Ayant fait piquer cinq animaux, chiens, chèvres et oiseaux, par des vipères cornées, il vit guérir deux des animaux par l'emploi du permanganate de potasse, et les trois autres, non soumis au traitement, succomber. (*Id. Id.*).

Un médecin allemand, pour guérir la dyspepsie, avait proposé de mêler aux aliments du verre réduit en poudre très fine. Il a, dit-il, obtenu des succès très remarquables. L'honorable Pope Barrow, se fondant sur l'exemple de Webb Barber, d'Althens, qui s'est guéri d'une dyspepsie en mangeant du sable commun de rivière, espère voir se généraliser cette pratique, à laquelle le juge Anderson a dû aussi sa guérison. Le vénérable Pope Barrow accepte l'explication de Webb Barber. Celui-ci, en effet, voyant les

poulets manger du sable pour faire leur digestion, en a conclu qu'en en faisant autant, l'homme obtiendrait le même résultat. (*Union médicale*, 20 mars 1883.)

Tout naturellement, en donnant la publicité à cette importation iatro-mécanique d'Allemagne et d'Angleterre, le journaliste français espère qu'elle aura d'heureuses applications.

Le Docteur Félizet a présenté, en 1883, à l'Académie de médecine, un travail qui a eu un grand rétentissement, sur la guérison du diabète sucré et de la glycosurie par le bromure de potassium. A la séance du 28 août 1883, MM. Dujardin-Beaumetz, Bouchardat, Lunier, Hardy, sans nier l'action du bromure de potassium pour réduire la glycosurie, signalent parmi les graves inconvénients de ce médicament, la dépression des forces surtout chez les enfants et les vieillards. M. Hardy insiste davantage sur le danger des éruptions acnéiques et furonculeuses produites par le bromure de potassium.

Vers la même époque, le Docteur Le Diberder, s'appuyant sur des observations poursuivies depuis 25 ans, croit pouvoir établir que, dans la scarlatine, la fièvre suit une marche régulière avec des exacerbations dont on peut prévoir le retour. Selon lui, quand les scarlatineux succombent dans la période aiguë, c'est à un accès pernicieux. Or, le sulfate de quinine peut heureusement prévenir cette terminaison fatale. Même dans la scarlatine anormale grave, la quinine rend les accès rémittents au lieu de subintrants, et en diminue la gravité. M. Le Diberder

rappelle que M. Picot recommande le sulfate de quinine, et, on ne sait pourquoi, le salicylate de soude dans les scarlatines malignes.

M. Le Diberder considère comme incontestable, la similitude entre l'élément ou le principe de la scarlatine et celui de la fièvre intermittente. Aussi le sulfate de quinine n'est pas seulement utile pour régulariser l'éruption et prévenir sa terminaison funeste, mais bien encore pour prévenir les accidents consécutifs, surtout l'albuminurie et la néphrite interstitielle. (*Union médicale*, 18, 20 et 22. déc. 1883.)

Si l'emploi du sulfate de quinine dans la scarlatine n'est pas une grande découverte de la thérapeutique inductive, il confirme du moins la loi de similitude. Car, depuis 1871, dans plusieurs communications à la Société, je crois avoir démontré que le sulfate de quinine est indiqué par la pathogénésie contre l'irrégularité et la malignité dans les maladies. Je suis heureux de trouver, à l'appui de cette démonstration, des observations cliniques remarquables réunies par un médecin éminent comme le Docteur Le Diberder.

Il importe peu, après cela, que la médecine moderne explique l'action du sulfate de quinine par sa spécificité contre le microbe de la fièvre intermittente ou de la scarlatine. C'est évidemment à titre de microbicide que le Docteur Brakendrige l'emploie, avec succès, dit-il, dans la proportion de quarante centigrammes pour cent grammes d'eau, en gargarismes, contre les ulcères simples de la gorge, les ulcères syphilitiques, l'angine scarlatineuse ou même diphthéritique. (*Un. médicale*, 3e série, t. XXI, p. 539.)

En parcourant sommairement la liste des médicaments accumulés, chaque jour, par la concurrence des expérimentateurs, nous les verrons tous baptisés antiseptiques ou microbicides, tout en restant, d'après leurs effets les plus manifestes, sédatifs ou calmants, antipyrétiques ou antithermiques, etc.

Déjà, en 1876, le chloral était considéré comme un calmant, un hypnotique de premier ordre, et, en même temps, comme un antiseptique de premier rang. A l'extérieur, on le vantait, et avec raison, en solution au cinquantième et même au millième, dans le pansement des plaies et surtout des ulcérations consécutives aux fièvres graves. Ses applications tentées dans le traitement du cancer et des ulcérations du col de l'utérus, contre le lupus, l'ozène, l'angine maligne, la diphthérie et les suppurations profondes, méritent d'être prises en considération, quoique les résultats soient loin d'être positifs. Il en est de même de son emploi dans la chorée (Bouchut), dans le tétanos (Jean Roberts), dans le rhumatisme cérébral, dans certaines formes d'aliénation mentale, à plus forte raison dans la rage (C. Paul et Bucquoy). C'est dans l'éclampsie des femmes en couches que ses bons effets sont les moins douteux (Portal de Saint-Geniès, de Magloire, et Dumas, de Cette).

Chrichton-Brown le donne comme un excellent antidote de la picrotoxine, mais à la condition que la dose de chloral nécessaire pour neutraliser celle de picrotoxine ne soit pas elle-même toxique. (*Union médicale*, 8 *avril* 1876.)

D'après Gubler, le bromhydrate de quinine offre

des avantages considérables sur le sulfate de quinine. Il est plus riche que celui-ci en alcaloïde. Son radical brômé, non seulement modère beaucoup les symptômes de l'ivresse quinique, mais encore il produit la sédation nerveuse et même l'hypnotisme. La plus grande solubilité du bromhydrate rend ses effets plus prompts que ceux du sulfate. Le bromhydrate peut être administré en solution ou en pilules à la dose de quarante centigrammes à un gramme par jour. En injection sous-cutanée, à la dose de dix centigrammes par chaque injection, il ne provoque aucun trouble local.

Le docteur Soulez, médecin de l'hôpital de Romorantin, le préfère de beaucoup au sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre palustre. D'après ce clinicien expérimenté, une dose de quarante centigrammes, administrée une heure avant l'accès, le conjure ; une dose de soixante centigrammes au début de l'accès, le fait avorter. (*Id. Id.*)

Dans la scarlatine, dans les angines diphthéritiques malignes, dans la fièvre typhoïde, le bromhydrate de quinine est surtout précieux, parce qu'il peut être administré sans inconvénients, en injections sous-cutanées. C'est sous cette forme que je l'emploie, de préférence, chez les enfants.

Lorsque, en 1865, le docteur Jules Lemaire publiait son consciencieux et remarquable ouvrage sur l'acide phénique, il était loin de se douter que la médecine moderne ferait de ce médicament une véritable panacée. Jules Lemaire admettait encore, en les distinguant les uns des autres, les ferments, les venins,

les virus et les miasmes. L'école ontologique de M. Pasteur ne connaît plus que les ferments, et seulement des ferments vivants, si bien que M. H. Bouley a pu dire : Le ferment, c'est le microbe. Pour cette école, au début, l'acide phénique a été le premier et le plus antifermentescible ou microbicide. Comme il est, en même temps, un antithermique redoutable, on voit immédiatement quel parti devaient en tirer les iatro-chimistes fervents. Aussi a-t-il été recommandé contre toutes les maladies qu'ils supposent d'origine zymotique ou microbienne : contre les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, le choléra, la variole, même le rhumatisme articulaire.

Nous ne connaissons son action physiologique que par quelques expérimentations sur les lapins, sur les cobayes et sur les chiens. Elle est confirmée sur un point, par les désastreux effets de cet agent, à hautes doses, chez les malheureux typhiques. Dans la dernière discussion sur la fièvre typhoïde, à l'Académie de médecine, les cliniciens les plus distingués ont cité des cas de *collapsus* mortel, à la suite de l'administration systématique du phénate de soude pour obtenir l'abaissement de quelques degrés.

A doses modérées, l'acide phénique a conduit à des résultats cliniques dignes d'être notés.

Le 28 avril 1875, le docteur Estradères, de Bagnères-de-Luchon, communiquait à la Société de thérapeutique six observations de guérison de la pustule maligne par l'administration, chaque jour, d'une potion contenant un gramme d'acide phénique, et par l'application d'une compresse d'eau phéniquée sur

les parties malades et mortifiées, sans préjudice des incisions sur tous les points envahis par le gonflement.

Depuis, le docteur Déclat a insisté avec une grande autorité et une persévérance louable sur l'emploi de l'acide phénique dans la pustule maligne.

Dans cinq cas de fièvre intermittente, le docteur Mota ou Moto, professeur de physiologie à la Faculté de Lisbonne, a obtenu la guérison par des injections sous-cutanées de deux à trois centigrammes d'acide phénique ; mais ces mêmes injections ont échoué dans deux autres cas. (*Union médicale*, 1er *juin* 1876.) Comme antiseptique, désinfectant, détruisant les miasmes, les microbes de l'air, l'acide phénique a beaucoup perdu de sa vogue.

Déjà, en 1873, par des expériences dont les partisans enthousiastes des doses infinitésimales n'ont pas perdu le souvenir, Davaine avait réduit le pouvoir de l'acide phénique au huitième rang, comme le pouvoir du vinaigre et de l'ammoniaque. Il a démontré, en effet, qu'il suffit d'un millionième de goutte de sang charbonneux inoculé au cobaye pour faire périr celui-ci du charbon. Mais il a démontré en même temps que si, pour neutraliser le sang charbonneux, c'est-à-dire tuer toutes les bactéridies qu'il renferme, et, par conséquent le rendre inoffensif, il suffit d'une solution d'iode ioduré au 1/12000e, d'acide sulfurique ou de permanganate de potasse au 1/5000e, de chlorure d'oxyde de sodium au 1/600e, de potasse caustique au 1/375e, il faut, pour obtenir le même résultat, ne diluer le silicate de soude, le vi-

naigre, l'ammoniaque, enfin l'acide phénique qu'au 1/150e au plus au 1/200e. On voit d'ici l'échelle : le pouvoir antiseptique de l'iode ioduré étant représenté par 60, celui de l'acide phénique ne l'est que par 1.

Si je rappelle ces expériences bien antérieures aux faits cliniques cités plus haut, c'est pour montrer que les guérisons de la pustule maligne ou de la fièvre intermittente par l'acide phénique ne sont pas dues à son pouvoir antizymotique, antiseptique, microbicide.

Chemin faisant, en poursuivant cette Revue, nous aurons maintes fois l'occasion d'opposer les faits à l'hypothèse microgénique.

Dr Cretin.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

On va procéder sous peu à Westboro à l'inauguration d'un asile destiné à recevoir des aliénés des deux sexes, et dont la directiou sera confiée à des médecins de notre Ecole. C'est en 1884, que la Législature du Massachussetts décidait la création de cet établissement, auquel elle allouait de vastes terrains et plusieurs corps de bâtiment, avec une subvention de 150,000 dollars pour le nouvel aménagement de ces derniers. Depuis, les incessants progrès de notre doctrine en Amérique et la constance des remarquables succès fournis par l'asile homœopathique de Middletown, succès coutrôlés par l'administration de l'Etat de New-York, ont engagé les représentants du Massachus-

setts à augmenter leurs libéralités. Les subventions ont été successivement portées à 330,000 dollars et le chiffre des lits a été élevé de 3 à 400. C'est le docteur N. Emmons Paine qui, pendant quatre ans, a rempli les fonctions de médecin-adjoint à Middletown, qui est nommé médecin en chef du nouvel hôpital. Middletown et Westboro sont actuellement, avec un asile entretenu par l'Etat d'Illinois, si je ne me trompe, les seules institutions nosocomiales exclusivement réservées au traitement homœopathique des maladies mentales. D'après les journaux que j'ai lus, l'installation de Westboro est des mieux entendues et parfaitement adaptée à sa destination.

— Le 20 septembre dernier, le Collége homœopathique de Pensylvanie changeait son nom, contre celui de Collége médical Hahnemann de Philadelphie. Cette modification accompagnait l'inauguration officielle de nouveaux laboratoires et amphithéâtres qui, pendant une semaine, ont été visités par un nombreux public. Des médecins homœopathes venus de différents points de l'Union assistaient à la fête d'ouverture, qui a été des plus brillantes.

— Nous prions notre excellent collègue et ami, M. Seutin, l'éminent pharmacien homœopathe de Bruxelles, d'excuser l'omission que nous avons faite de son nom sur la liste des membres honoraires de notre Société, omission qui ne se renouvellera pas en mai prochain.

A. C.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 4 octobre.

Présidence de M. CRETIN, vice-Président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr Legrand, médecin à Paris, assiste à la séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du traitement du *Rhumatisme articulaire aigu.*

TESSIER. — Je ne voudrais pas éterniser la discussion sur le rhumatisme articulaire et son traitement ; les savantes communications de Messieurs Jousset et Cretin ont, je pense, porté la lumière dans l'esprit de la plupart d'entre nous. Je ne veux point discuter leur manière de voir si ce n'est par des faits. Je produis donc dix-sept observations de rhumatisme traités d'après la méthode Hahnemannienne, par des médecins de notre école, et je demanderai aux esprits moins prévenus si le résultat est comparable à ceux que l'on obtient tous les jours avec l'aide du *salicylate de soude.*

Quant au danger que peut faire courir ce dernier, je répète encore une fois qu'il est illusoire, si on l'administre prudemment, en tâtant la susceptibilité des malades, et en examinant leurs urines.

Observation I.

Mme D., 29 ans, deuxième attaque de rhumatisme articulaire généralisé ; les articulations les plus malades sont l'épaule, le coude, le poignet, les doigts. Les hanches et les genoux sont aussi très douloureux. Oppression et palpitations cardiaques.

27 août 1837. Le Dr Renou, d'Angers, essaie *dulcamara* 30e, deux globules dans 180 grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerées, trois fois par jour.

Quatre jours après, plus de palpitations, douleurs articulaires améliorées. Nouvelle dose de *dulcamara*.

15 septembre. — Ecart de régime, indigestion qui ramène les battements de cœur et la fièvre. *Nux vomica* 30e et 18e, une dose tous les cinq jours.

28 novembre. — Amélioration de tous les symptômes.

(Plus de deux mois pour obtenir ce résultat.)

12 décembre. — Les règles retardent, puis, après quelques jours, elles reviennent ramenant avec elles des douleurs, qui n'ont jamais complètement disparu. Une dose de *ledum pal.* tous les huit jours, pendant un mois. (*Annales de la médecine homœop.*, page 191).

Observation II.

Mme B., 48 ans, encore réglée, a, depuis trois ans, une douleur rhumatismale au genou droit, avec dyspepsie flatulente et constipation. Eruption ortiée et pseudo-exanthématique aux deux avant-bras.

18 mars 1842.— *Sulphur* 30e, une goutte dans 100 grammes d'eau, une cuillerée tous les matins.

1er avril, tous les symptômes sont beaucoup moindres et le 6 mai il n'y a plus que l'exanthème, pour lequel la malade va suivre un traitement. (Dr Gueyrard, *ibidem*, page 265.)

Guérison rapide d'une arthrite goutteuse que l'auteur considère comme un *psore*.

Observation III.

Pierre P., 26 ans, mineur. — Rhumatisme généralisé, fébrile, très douloureux, le poignet gauche est surtout très enflé, dysurie très pénible. Cet homme, par son métier, s'exposant à de fréquents refroidissements à la suite d'abondantes transpirations, on prescrit :

5 octobre 1837. — *Dulcamara* 30e, deux cuillerées par jour.

14 octobre. — Amélioration marquée, après une aggravation que l'auteur attribue au remède.

23 octobre.— Le malade lui-même vient remercier son médecin.

Le 8 novembre, à la suite d'un refroidissement, rechute guérie en huit jours par *dulcamara* 18e

(Dr Renou, *Annales de la méd. homœop.* p. 314.)

Observation IV.

Depuis 5 mois, Marie O., âgée de 33 ans, est en proie à des douleurs arthritiques dont le siège principal est aux mains.

Les doigts sont rouges, gonflés, noueux. Les pieds sont également douloureux, les orteils rouges et gonflés le soir. Les parties tuméfiées ne sont point douloureuses au toucher ni à la pression ; par contre, le moindre mouvement même involontaire, fait pousser des cris à la malade. Palpitations de cœur. Etourdissements.

6 juin 1837. — *Sulfur* 30e, une cuillerée matin et soir.

16 juin. — Légère amélioration. On laisse agir le remède. Le mieux se continue. Le 6 juillet seulement une nouvelle dose de sulfur 18e, qui achève la guérison. (Dr Renou, *idem.*)

Observation V.

Pierre Belliard, serrurier, âgé de 33 ans me fait appeler le 9 février 1838, pour me prier de lui donner mes soins afin de le délivrer des douleurs auxquelles il est en proie depuis six semaines, et qui ont envahi l'articulation supérieure du bras droit, les reins, les hanches et les genoux.

Lui, si actif et si laborieux dans la bonne santé, il ne peut aujourd'hui se livrer à la moindre occupation sans éprouver un sentiment indicible de fatigue.

Très fréquemment, dans le cours du jour, il ressent des palpitations dans tout le système musculaire ; elles commencent dans les fibres du grand pectoral droit, et se répandent de là dans toutes les parties du corps.

Il est tourmenté la nuit par des crampes dans les pieds, et ne peut goûter de repos.

Lorsqu'il descend de son lit, il éprouve la sensation douloureuse que lui causerait l'application de ses pieds sur des cardes de matelassier. Cette sensation se dissipe par le mouvement.

Tous ces symptômes ont été précédés presque immédiatement par un accès de cécité subite, pendant lequel il eut le temps de faire plus de cinquante pas avant de recouvrer la faculté de voir. Belliard a conservé l'appétit, et les fonctions digestives s'exécutent parfaitement.

On avait déjà, avant que je le visse, combattu cet état pénible par tous les moyens de la médecine allopathique sans aucun résultat heureux.

J'eus recours à *sulfur* 30°, quatre globules dans six onces d'eau ; une cuillerée à soupe chaque matin.

Je revis le malade le 2 mars suivant ; il y avait une amélioration générale dans sa situation. Les douleurs du bras avaient disparu, et toutes les autres avaient sensiblement diminué. J'insistai sur le même médicament dont je laissai une dose égale à la précédente. Trois semaines après, Belliard vint me remercier et m'annoncer sa complète guérison qui ne s'est pas démentie. (*Idem*, *ibidem*.)

Observation VI.

Rhumatisme articulaire subaigu.

La domestique d'un de mes clients, âgée de 22 ans, n'a jamais été menstruée ; est-ce parce que, élevée dans une fabrique de sucre, où elle a travaillé dès son jeune âge, elle restait presque toute la journée

dans l'eau jusqu'à la ceinture ? Toutefois, elle jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a deux ans, elle a ressenti quelques atteintes d'un rhumatisme subaigu, qui a reparu depuis quinze jours à la suite d'un refroidissement, avec un mal de gorge aujourd'hui dissipé.

La malade ne souffre que des articulations des membres inférieurs. Elle compare ses douleurs à celles d'une fracture ou d'une luxation lorsqu'elle fait un effort pour se lever de sa chaise, monter ou descendre l'escalier, et le soir quand elle est couchée. Reste-t-elle sur sa chaise ou marche-t-elle doucement, les douleurs aiguës font place à un simple engourdissement. Il existe de plus une sorte de brûlement, avec douleur d'excoriation à la plante des pieds, insupportable pendant la nuit. Il n'y a d'enflure qu'autour des malléoles qui sont sensibles à la pression, tandis que l'examen et la pression des hanches et des genoux ne dénotent rien de particulier, malgré l'acuité des douleurs qu'elle y ressent dans les circonstances que j'ai signalées.

Le sommeil est absolument empêché par les douleurs. Toutefois, la malade est sans fièvre ; son appétit est médiocre, mais assez soutenu : elle n'a pas cessé de vaquer à ses occupations les moins fatigantes.

Le 28 juillet 1852, je prescris *rhus tox.* 10e *dil.*, 1 goutte dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les trois heures. Dès la nuit suivante, après avoir souffert d'une manière plus aiguë l'après-midi et le soir, la malade a dormi jusqu'au matin ; le lende-

main, elle n'éprouve plus que de la roideur en se levant de son siège et en descendant l'escalier. (Continue rhus tox., une cuillerée matin et soir) Le 31, elle ne se plaint que du brûlement de la plante des pieds, qui cède à *phosph. acid.* Le 3 août, je prescris *sepia* contre la roideur qu'elle ressent dans les mouvements des genoux. Le 7, elle est complètement guérie. (Dr Escallier, *Art médical*, t. IV, p. 379.)

Observation VII.

Rhumatisme musculaire.

M. M., tailleur, âgé de 37 ans, d'une bonne santé habituelle, et d'une constitution assez forte, souffre de douleurs dans la continuité du membre supérieur droit depuis près d'une année, surtout dans les temps pluvieux ; mais il y a douze jours, ayant couché avec la fenêtre de sa chambre ouverte pendant une nuit où la pluie vînt à tomber, il éprouve depuis ce moment une notable aggravation dans ses souffrances : le paquet des muscles extenseurs, à l'avant-bras, est surtout le siège de douleurs tractives et lancinantes, avec un engourdissement qui se prolonge jusqu'à l'extrémité des doigts ; continuelles dans le jour, ces douleurs deviennent insupportables le soir, et surtout quand il est couché ; la moitié de la nuit, il est obligé de se lever et de se promener, ce qui adoucit ses douleurs ainsi que l'enveloppement du bras avec l'ouate, malgré la chaleur de la saison. Cinq bains de vapeur généraux et locaux n'ont amendé le mal que d'une manière fort peu sensible. Inu-

tile de dire que le malade ne peut travailler. Du reste, pas de fièvre, appétit assez bon.

3 août 1853. — *Rhus tox.*, 5e dil., 1 goutte dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les quatre heures. Une seconde dose fut inutile : dès la première nuit, le malade trouve quelques heures de sommeil ; le troisième jour, il peut reprendre son travail ; il ne ressent que des douleurs légères auxquelles il est habitué depuis un an, et dont il refuse de se traiter. (Escallier, in *Art méd.*, t. IV, p. 370.)

Observation VIII.

Rhumatisme chronique.

M. M., âgé de 37 ans, ouvrier chapelier, a été atteint de rhumatisme aigu pour la première fois il y a cinq ans, une seconde fois il y a deux ans et demi, et une troisième il y a quinze mois ; mais, dans l'intervalle de ses attaques, et depuis la dernière surtout, il n'a pas cessé d'éprouver quelques douleurs plus ou moins marquées. Durant le cours d'une aussi longue maladie, il a dépensé quelques mille francs qu'il possédait, et il est actuellement au bureau de bienfaisance. Il a consulté de nombreux médecins et passé dans plusieurs services des hôpitaux sans éprouver de soulagement pour l'affection chronique qu'il conserve. Les douleurs n'existent plus qu'aux articulations du cou-de-pied ; nulles quand il prend du repos, elles se déclarent lorsqu'il marche, mais elles atteignent leur maximum quand il reste quelques heures debout ; or, c'est précisément cette dernière position

que sa profession exige ; alors, au bout de deux ou trois heures, ses cou-de-pieds enflent, deviennent le siège d'élancements ; il est obligé d'abandonner son travail et de prendre le lit ; du reste, bon état des fonctions organiques.

Du 22 mai 1850 au 1er juin suivant, je prescris successivement *bryone*, *viol. odorat.*, *rhus tox.*, sans obtenir le moindre changement dans son état ; le 1er juin, j'ordonne *causticum*, 15e dil., 1 goutte dans 100 grammes d'eau, à prendre en trois jours. Le 4, le malade voit avec le plus grand étonnement qu'il travaille depuis plusieurs heures sans être fatigué, et il peut rester ainsi toute la journée ; c'est la première fois qu'un pareil bonheur lui arrive. Le 5, il vient m'annoncer ce résultat et me remercier ; depuis ce moment jusqu'à la fin du mois, il continue ce médicament, à doses éloignées, et la même amélioration se maintient. (Escallier, *idem.*)

Observation IX.

Rhumatisme articulaire ambulant compliqué de péricardite et de pleurésie.

Madame D., 40 ans; constitution lymphatique, caractère doux et tranquille, a eu quatre enfants.

Le 2 août 1857, elle ressent dans les articulations des doigts des douleurs lancinantes et déchirantes, s'aggravant la nuit au lit, mais pas par le mouvement. Moral un peu déprimé, appétit moindre, langue blanche. J'hésitai entre *bryone*, *rhus* et *antim. crud.* ; mais je me décidai pour le deuxième, une

goutte trois fois par jour de la 6e solution. Le résultat ne répondit pas à mon attente.

5 *août.* — Pendant une courte sortie, la malade fut prise de frisson ; elle rentra et se coucha de bonne heure ; le lendemain, je la trouvai sérieusement malade. Au frisson avait succédé une chaleur sèche qui avait duré toute la nuit et persistait encore ; la main gauche était le siège de douleurs pongitives et déchirantes, elle était rouge et gonflée, très sensible au toucher et aux mouvements ; la malade avait passé la nuit dans l'angoisse, l'insomnie et l'agitation. Pouls à 100, grand, plein, dur. *Aconit* 3e, une demi-cuillerée toutes les quatre heures, et je fis envelopper la main de laine. Le soir, même état, pouls à 96; douleurs un peu moins vives.

7 août. — La malade est réveillée par une violente douleur dans le genou droit. Continuer *aconit.*

8 août. — La main droite se prend. Petite selle dure ; urine rouge. *Tart. emet.* 3e, pendant quelques jours sans résultat. *Bryone*, pas davantage. Le rhumatisme continue à sauter d'une articulation à l'autre.

13 août au soir. — Les deux genoux et le coude gauche étaient à la fois douloureux ; la malade se plaignit pour la première fois de gêne de la respiration, d'agitation et de congestion à la poitrine. Le visage était rouge, le corps couvert de sueur, le pouls à 110, grand, plein, dur ; soif vive, langue blanche et sèche, tête embarrassée, parole difficile. *Aconit* 3e.

14 août. — Dès le matin, je fus mandé au plus vite auprès de la malade qui se mourait, et, en effet, en

entrant dans la chambre, je vis une scène de désespoir inoubliable. La nuit s'était passée sans sommeil, dans un délire continuel, que la venue du jour ne devait pas améliorer ; la malade gisait dans son lit, les yeux hagards, profondément cernés, les joues rouges, les lèvres bleues et sèches, les traits du visage exprimant une angoisse extrême. La respiration, très gênée, courte, accélérée, haletante, se faisait par des mouvements presque convulsifs des muscles de la poitrine ; pouls à 140. En appliquant la main sur la région du cœur, on percevait en même temps qu'un battement presque sonnant, un léger frottement. Respiration normale. Partagé entre la crainte et l'espoir, je prescrivis *Spigelia* 6e, cinq gouttes dans un verre d'eau, une demi-cuillerée toutes les deux heures. Le choix était bon, le résultat fut éclatant. A midi, l'orage était calmé; le soir tout danger avait disparu. La nuit se passa sans sommeil, mais aussi sans délire. Le lendemain matin, les traits du visage étaient reposés, la rougeur des joues ainsi que la coloration bleue des lèvres avaient disparu, la soif était moindre, le pouls à 115. Signes stéthoscopiques semblables.

Sous l'influence de la spigelia, administrée à intervalles de plus en plus éloignés, les symptômes cardiaques s'amendèrent. Le 24 août la fièvre et la dyspnée avaient disparu, le souffle péricardique était beaucoup plus doux, seulement le rhumatisme continuait à sévir sur les articulations. Ce jour-là, la respiration s'embarrassa et on constata, sans cause appréciable, un épanchement pleurétique à gauche. Je

donnai *bryone* 30°, une dose tous les deux jours. Dès la seconde dose, l'épanchement avait diminué et le 8 septembre, il était réduit à rien.

Le 8 septembre, la malade encore bien faible put quitter son lit quelques heures, et la convalescence marcha rapidement. Seulement, les affections articulaires persistèrent avec leur caractère de mobilité, et appelèrent toute mon attention. *Mezereum causticum*, *antimonium crudum*, ne produisirent rien. Enfin, *dulcamara* 9°, une goutte matin et soir, amena une guérison complète vers le 15 octobre. (V. Meyer *Allg. hom Zeitung*, V. 57.)

Observation X.

Rhumatisme articulaire aigu. — Cardo-aortite et péricardite symptomatique.

Le mardi 23 juillet, entre à l'hôpital de Plainpalais, à Genève, le nommé X, âgé de 29 ans, domestique de campagne, petit, maigre, de constitution débile. Il y a quatre jours que ce jeune homme est tombé malade. — Début ordinaire du rhumatisme ; grand frisson, fièvre, prostration immédiate ; les quatre articulations inférieures se prennent d'emblée, avec tuméfaction, douleur, etc. Il ne reçoit chez lui que des soins insignifiants.

Nous sommes frappés de la profonde expression de souffrance et de l'abattement du jeune malade. La face est très vultueuse du côté gauche. Il y a dysphagie, sensation de douleur du côté gauche dans la région cervicale.

L'articulation de la voix est difficile. Le pouls ne donne que 58 pulsations à la minute, pulsations peu régulières, toutes les six ou dix pulsations il y en a une de dichrote. Le cœur a un énorme bruit de souffle cardo-aortique, se prolongeant dans la carotide ; ce souffle s'entend en arrière. A la base du poumon gauche, léger œdème pulmonaire. A la percussion, matité peu prononcée sur le péricarde, le souffle se perçoit à la main ; dyspnée modérée ; pas de toux. Les quatre jointures inférieures sont prises, mais causent peu de douleurs. Anxiété précordiale.

Potion avec 5 gouttes de *teinture de belladone*, à renouveler toutes les douze heures ; 8 ventouses scarifiées sur la région du cœur.

24 juillet. — Pas de changement apparent : mêmes signes en tout ; les quatre jointures prises ne causent plus de douleur, elles sont presque délivrées. Même potion de *belladone*.

25 juillet. — Mêmes signes aux jointures ; au cœur, même souffle, même gêne pour la déglutition ; la matité, qui s'est accrue, indique la formation d'un épanchement dans le péricarde. Le pouls n'a pas varié de caractère ; grande prostration, décubitus dorsal, insomnie.

Vésicatoire volant sur la région du cœur, même potion de *belladone*.

26 juillet. — Matité précordiale diminuée. Le pouls s'est un peu relevé ; il donne 60 à 61 pulsations ; souffle toujours très considérable, articulations libres. *Arsenic* 2e trit., 2 centigrammes dans 125 grammes d'eau.

L'état, en s'améliorant un peu, demeure stationnaire jusqu'au 28 juillet. Après deux jours d'usage de l'arsenic, la dysphagie, la douleur cervicale, la matité précordiale, l'angoisse ont considérablement diminué, le souffle est moins rude, le pouls à 64. On continue *arsenic*.

29 juillet. — L'amélioration continue du côté du cœur, mais les articulations des poignets et des coudes se prennent. Même potion arsenicale.

30 juillet. — Les articulations se prennent de plus en plus. Les symptômes du côté du cœur s'apaisent; il ne reste plus qu'un souffle modéré, le pouls se développe, il est à 68 et n'est plus dicrote. Même potion arsenicale.

1er août. — Les articulations des épaules, des coudes, du poignet sont toutes entreprises ; le pouls se développe, grande sueur. Plus de gêne au cœur. Potion arsenicale continuée.

3 août. — Plus de fièvre ; pouls à 68 ; état subaigu des articulations, qui se prennent et se reprennent successivement dans tout le corps. Cette phase dure huit jours, pendant lesquels il ne persiste au cœur qu'un bruit de souffle qui s'en va diminuant. — La potion *arsenicale* est continuée durant dix jours consécutifs. Le dix-huitième jour de la maladie, la convalescence est complète ; le malade se lève ; il passe encore dix jours à l'hôpital, pendant lesquels il prend de la teinture d'aconit et une infusion de feuilles de frêne. Il a repris son travail après un mois de maladie. A sa sortie le bruit de souffle a complè-

tement disparu. (Dr Dufresne, de Genève, *Art médical*, t. XIV, p. 265.)

Observation XI.

Rhumatisme articulaire aigu. — Endocardite ancienne passée à l'état aigu. — Pleurésie diaphragmatique.

M. Brijage (Etienne), 17 ans. — Ce jeune homme est d'une constitution chétive et déjà détériorée par une attaque de rhumatisme articulaire aigu qu'il a subi il y a quatre ans, et qui lui a laissé une endocardite chronique. Aujourd'hui, ce malade présente un exemple de rhumatisme presque exclusivement viscéral.

Mouvement fébrile peu intense, pouls 86, chaleur 39° ; très légère arthrite aux doigts et au poignet de la main gauche ; par contre, une endocardite occupant l'orifice aortique et mitral ; puis, quelques jours après, tous les signes d'une pleurésie diaphragmatique du côté droit.

Sous l'influence d'*aconit*, 2e trit. 20 centigrammes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures, et d'une diète modérée, le mouvement fébrile diminua de jour en jour ; mais comme il est commun de l'observer dans le rhumatisme articulaire aigu, il survint à diverses reprises des affections nouvelles qui rallumèrent le mouvement fébrile. Ainsi, le 20 mars, survint une arthrite légère du genou pour laquelle je ne crus pas devoir modifier le traitement ; mais, quelques jours plus tard, le

malade accusait une douleur violente dans le côte droit au niveau des dernières côtes; cette douleur s'aggravait par la respiration et immobilisait le diaphragme de ce côté. Du reste, l'auscultation et la percussion ne fournissaient que des signes négatifs. le mouvement fébrile était fort augmenté, la dyspnée et l'anxiété très grandes. *Canthar.* 3e et *Bryone* 3e triomphèrent rapidement de cette nouvelle complication que nous attribuâmes à une pleurésie diaphragmatique rhumatismale.

Ensuite le malade fut mis à l'usage du *chinum sulfur.* 3e trit. L'amélioration de l'état général se fit rapidement ; il ne survint plus d'arthrite ; l'affection du cœur resta fixée aux deux orifices. Mais l'absence de douleurs et de palpitations, la diminution de la dyspnée et de la rudesse des bruits de souffle permirent de conclure à la disparition de la complication d'endocardite aiguë. Exeat. (Dr Jousset, *Bulletin* 1873-1874, p. 292.)

Observation XII.

Rhumatisme articulaire aigu.

Mlle Marie M., 24 ans, domestique, entrée le 17 mars, sortie le 15 avril.

Il y a un mois, elle ressentit des douleurs dans les genoux, douleurs qui ne durèrent qu'un jour; elle continua à travailler jusqu'au 13 mars. Ce jour-là, des douleurs vives se montrèrent dans les articulations du genou et de la hanche.

Le 16, les articulations du poignet et des coudes

se prennent, mais les douleurs sont moins fortes que dans les jambes.

Cette fille n'a aucun antécédent héréditaire, mais elle est sujette depuis trois ans aux migraines. T. soir 39°; pouls 130.

18 mars. — T. matin, 37°6 ; pouls 80. Les articulations des jambes sont principalement prises, mais il n'y a ni rougeur, ni tuméfaction, ni transpiration. Les bruits du cœur sont parfaitement purs. Céphalalgie, inappétence. *Chin. sulf.* 3e trit. T. soir 38°5 ; pouls 92.

19. — T. matin 38°2, pouls 84. Les mains sont un peu tuméfiées ; le cœur reste toujours sain. T. soir 39°; pouls 92.

20. — T. matin 37°8 ; pouls 72. Nuit excellente. *Chin. sulf.* 3e trit. T. soir 38°6 ; pouls 100.

21. — Temp. matin 38° ; pouls 84. Diarrhée ; douleurs dans la continuité des membres. *Chin. sulf.* 2e trit. Temp. soir, 38°2 ; pouls 100.

23. — Temp. matin 38°6 ; pouls 72. La malade dort bien et souffre beaucoup moins. *Chin. sulf.* Temp. soir 38; pouls 72.

24. — Temp. matin 38° ; pouls 68. Même température le soir. Convalescence.

27. — La malade se lève, état général très satisfaisant.

31. — Douleurs abdominales. La malade abuse un peu de ses forces ; ses articulations sont légèrement reprises. *Rhus* 3e.

2 avril. — Depuis que la malade a repris le lit, elle se trouve beaucoup mieux. On lui donne *china* 12e

jusqu'à son départ, le 15 avril. (Dr Jousset, Clinique Saint-Jacques, 1874).

Observation XIII.

Rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Mary W., 32 ans. Pas de maladies dans le passé. Il y a dix jours, frisson violent suivi de courbature générale et de douleur dans les articulations du côté droit. La douleur et le gonflement croissant, elle a dû prendre le lit il y a trois jours, et on lui a donné *bellad.* Aujourd'hui, douleur vive à la hanche, au genou, au cou-de-pied du côté droit; tuméfaction luisante, énorme du genou et surtout du pied; moiteur générale; langue sèche, rouge, craquelée; insomnie; inappétence; soif vive. Pouls, le matin, 104. T. 39°2.

26 juillet 1872. — Prescription: *Bry.* 3e; T. soir 39°6.

27 juillet. — Etat général le même. La main gauche est prise. Pouls, le matin à 100; chaleur 39°6. *Bry.* 3e; pouls, le soir, à 106; T. 40°2.

28 juillet. — Même état que la veille, sauf que la nuit a été calme. Les articulations du membre inférieur droit sont moins tuméfiées. Pouls, le matin, à 92, chaleur 39°6. *Bryone* 3e; pouls, le soir, à 96°; T. 40°2.

29 juillet. — Les articulations de droite sont libérées, et la malade se déclare soulagée. Les deux mains se prennent et les articulations du membre pelvien gauche. Douleur, plainte, agitation. Pouls, le matin, à 100; T. 39°6. Prescription: *Kali manganum* 3e trit.; pouls, le soir, à 106; T. 40°.

30 juillet. — Amélioration considérable dans ce qu'on appelle l'état subjectif de la malade ; elle se trouve *confortable* (elle est anglaise). Les articulations sont toujours gonflées. Pouls, le matin, à 92 ; T. 39°2 ; continuer *kali mang*. Le soir, pouls à 96; T. 39°8.

31 juillet. — Pouls, le matin, à 80 ; T. 38°6. *Kali mang*. 3e; pouls, le soir, à 88 ; T. 39.

1er août. — Pouls, le matin, à 80 ; T. 38°6. *Kali mang*. 3e trit.; pouls, le soir, à 80. T. 39°.

2 août. — Pouls, le matin, à 72 ; T. 38°6. *Kali mang*. 3e ; pouls, le soir, à 78 ; T. 38°5. Les mouvements de la malade étaient faciles, le cœur intact. Langue humide, appétit.

Kali mang. fut continué pendant deux jours, avec retour des forces. Mais les sueurs persistaient. *Mercur. viv.* 3e fut donné le 5, le 6, le 7. Le 8 août, la sueur avait disparu, la convalescence était parfaite. *China*.

12 août. — Sortie sur sa demande.

18 août. — Elle rentre pour une rechute. Pouls à 98 ; T. 39°. Peu de sueur, sommeil, appétit ; tuméfaction des articulations inférieures. *Kali mang*. 3e trit.

20 août.— C'est le tour des articulations supérieures. Pouls à 96; T. 39°; appétit, sommeil. *Kali mang*.

22 août. — Apyrexie. La main gauche seule est enflée. *Kali mang*.

23 août. — Les articulations de la colonne cervicale et l'articulation sterno-claviculaire droite sont prises. *Kali mang*.

24 août.— Moiteur. Pouls à 100 ; chaleur 40°. *Merc. sol.* 3°,

26 août. — Apyrexie, chaleur normale, sommeil. *Merc. sol.*

L'état général restant satisfaisant, la main gauche se dégage lentement, tout en prenant *solubilis* et une fois le 31, *viola odorata.*

2 *septembre.* — Sortie guérie. (Dr Gonnard, in *Bulletin*, 1872-1873, p. 533.)

Observation XIV.

Rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Mademoiselle B., 14 ans, entrée le 19 septembre.

Cette malade, écossaise de naissance, est blonde, charnue, à forte ossature, sans hérédité rhumatismale, et cette attaque est sa première maladie sérieuse.

Le rhumatisme a débuté le 12 septembre, sans cause appréciable, sans frisson, par un malaise général et des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes. Elle a continué son travail de bonne d'enfants jusqu'au 18, époque à laquelle, les genoux étant pris, la marche est devenue impossible.

Le jour de son entrée à l'hôpital, 19 septembre, les pieds sont énormes; la peau de la région tarsienne est rouge, luisante, très sensible à la pression ; les deux genoux, moins tuméfiés, sont également douloureux par le toucher et par le mouvement spontané ou provoqué. Les autres articulations sont libres; le cœur et les poumons sont intacts. Le pouls est à

100; pas de sueur, et, dans la soirée, le thermomètre marque 37°.

Prescription. — Diète, boisson tiède. *Kali mang.*, 3e trit.

20 septembre.— La nuit a été mauvaise; la malade a senti des frissons pour la première fois. Les articulations des doigts sont gonflées et douloureuses.

Pouls: matin, 96; soir, 100.

Chaleur: matin, 38°6; soir, 38°7. *Chin. sulf.* 3e trit.,

21 septembre. — Les articulations du membre inférieur droit sont indolores.

Pouls : matin, 100; soir, 116.

Chaleur : matin, 38°5; soir, 39°. *Chin. sulf.*, 3e trit.

22 septembre. — Une exacerbation s'est produite pendant la nuit. La jambe droite est de nouveau affectée; les vertèbres cervicales sont douloureuses; l'insomnie a été absolue; un peu de dypsnée, sans pouvoir constater rien au cœur. Bien que nous soyons à quinze jours de distance des règles à venir, le sang a paru ce matin.

Pouls: matin, 96; soir, 112.

Chaleur: matin, 39°2; soir 39°6. *Kali mang.*, 3e trituration.

23 septembre.— Pendant la nuit, agitation, sueurs abondantes; l'écoulement utérin a cessé.

Pouls: matin, 102; soir, 116.

Chaleur: matin, 38°5; soir, 39°4. *Kali mang.*, 3e trit.

24 septembre. — Pendant la nuit, sueurs abondantes. Les membres inférieurs sont dégagés, les deux poignets sont fortement affectés.

Pouls: matin, 96; soir, 108.

Chaleur : matin, 38°5; soir 39°3. *Kali mang.*, 3e trit.

25 septembre. — Pouls : matin, 96 ; soir, 96.

Chaleur: matin, 38°5; soir, 39. *Kali mang.*, 2e trit.

26 septembre. — Pouls : matin, 90 ; soir, 96.

Chaleur: matin, 38°3; soir, 39°. *Kali mang.*, 2e trit.

27 septembre. — Pouls : matin, 90 ; soir, 90.

Chaleur: matin, 37°5; soir 38°2. *Kali mang.*, 2e trit.

En même temps que baisse la chaleur fébrile, les articulations se dégagent ; les poignets sont libérés comme les genoux ; seules, les épaules sont très douloureuses par le mouvement provoqué.

29 septembre. — La maladie semble à son déclin ; le cœur est resté indemne, les articulations sont simplement roides ; la malade, qui a beaucoup maigri, dort et accuse un peu d'appétit. Le pouls est encore à 84 ; mais le thermomètre ne donne que 37°8 le soir. *Kali mang.*, 2e trit.

2 octobre. — Reprise, sans cause appréciable. La veille au soir, la chaleur était à 38°6, ce matin, le pouls est à 96 : endolorissement sur toutes les articulations, moiteur, cœur libre. *Solub.* 3e trit. Ce médicament est continué pendant deux jours sans récultats apparents ; la température vespérine oscillant de 38°5 à 38°7, et le pouls de 96 à 100. La fluxion arthritique parcourt rapidement les genoux, les poignets, les coudes, le cou.

5 octobre. — *Chin. sulf.*, 3e trit. En cinq jours de ce traitement, l'appareil morbide s'éteignit. Un seul jour, des palpitations purent inspirer, sur l'état du cœur, des soupçons démentis par l'examen de l'organe. Les articulations n'avaient plus que de la raideur ;

le sommeil était revenu avec l'appétit; la chaleur était de 37°5. *China*, 3°.

14 octobre. — Température normale, sommeil, appétit, raideur articulaire. Un phénomène nouveau se présente : les articulations des doigts, sans changement de couleur à la peau, prennent la tuméfaction et la distorsion caractéristique de l'affection connue sous les noms divers de goutte noueuse et de polyarthrite déformante. Le pouls est à 84. *Iod.*, 30°, remplacé, dix jours plus tard, par *iod. kali.*, 3e trit.

Aux phénomènes aigus du rhumatisme primitif succède une nouvelle allure ; d'un côté, une lenteur d'évolution particulière, non seulement dans la fluxion sur les doigts, mais dans la raideur des articulations, qui, précédemment, avaient été rapidement libérées ; d'autre part, l'apyrexie complète qui permet une restauration lente, mais progressive, de l'état général. Peu à peu les articulations se laissent fléchir, la malade peut se lever et reprendre la marche. Les doigts recouvrent leur souplesse et leur force.

7 novembre. — Quelques douleurs dans la région lombaire. *Actœa rac.*, 3e.

La malade sort complètement guérie.

(JOUSSET, *Bulletin* 1875).

OBSERVATION XV.

Rhumatisme articulaire. Myélite.

Mademoiselle M., 26 ans, entrée le 19 février, sortie le 19 mars.

Cette malade a joui d'une assez bonne santé jus-

qu'en 1873. Elle a eu cependant quelques accidents scrofuleux dans son enfance.

Prise, vers le mois de décembre 1873, d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, elle garda le lit pendant deux mois. Sa santé se rétablit assez bien après cette première attaque et elle put reprendre son travail.

Au commencement du mois de janvier 1875, elle éprouva de la fièvre et des douleurs violentes dans presque toutes les articulations. On lui appliqua, en ville, le traitement ordinaire du rhumatisme articulaire.

Voici dans quel état nous trouvons la malade aujourd'hui : plusieurs jointures sont encore un peu douloureuses, mais on n'observe à leur niveau ni rougeur ni tuméfaction. Il existe une paralysie complète atteignant déjà les muscles du cou et ceux de la déglutition. La malade, immobilisée dans le décubitus dorsal, est incapable d'imprimer à ses membres le moindre mouvement. Quand on l'asseoit dans son lit, sa tête tombe sur sa poitrine et elle est incapable de la redresser ; la déglutition est excessivement difficile et la malade doit être alimentée avec beaucoup de précaution. La sensibilité est conservée et les mouvements communiqués sont même douloureux. La sensibilité au froid et au chaud est également intacte. La contractibilité électrique est presque abolie, et bien que la faradisation soit très douloureuse, il faut employer des courants très forts pour obtenir quelques contractions des muscles des avant-bras et des jambes.

Cette paralysie universelle a, paraît-il, succédé

insensiblement à l'immobilité causée par le rhumatisme articulaire. La respiration est très gênée, mais cette gêne est due à une affection cardiaque. Il existe en effet un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, signe d'une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale.

Il n'y a point de fièvre et la malade a de l'appétit. Constipation opiniâtre. Point de signes de paralysie de la vessie. *Plumbum*, 30e, 4 globules dans 200 grammes d'eau, trois cuillerées par jour. Alimenter la malade à l'aide de potages.

24 février. — Amélioration incontestable. La malade avale mieux, elle soutient sa tête, elle soulève un peu le bras droit. Même traitement.

27 février. — L'amélioration continue. Les mouvements spontanés sont revenus dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs, mais ils sont encore assez limités. *Plumbum*, 30e.

28 février. — L'étendue des mouvements augmente, et la malade peut avaler sans difficulté des aliments solides. *Plumbum* 30e.

La malade ne cessa d'aller de mieux en mieux. Elle prit encore, pendant une dizaine de jours le même médicament.

Atteinte d'ophthalmie catarrhale, on la traita pour cette affection par *apis*, 3e, 20 centigr. Elle guérit très rapidement, et nous quitta, pouvant marcher sans éprouver de fatigue.

Malheureusement les signes des lésions valvulaires persistent.

(*Bulletin*, Jousset 1875, p. 368).

Observation XVI.

Rhumatisme.

M. Charles, 33 ans, entré le 18 mai, mort le 22 mai.

Ce malade, d'une constitution vigoureuse, très bien musclé, appartient à une famille de rhumatisants. Il avait eu une première attaque de rhumatisme à l'âge de 18 ans, qui avait duré près d'un an. A la suite de cette maladie, sa santé redevient très bonne, et il ne se manifeste aucun accident du côté du cœur. Depuis quelque temps, le malade avait été exposé à de nombreux refroidissements, et occupait une chambre très humide. Avant d'entrer dans nos salles, il n'avait été obligé de garder le lit que depuis quatre jours. L'attaque avait commencé par des douleurs très vives et le gonflement des articulations du membre supérieur droit ; cependant, le malade nous dit que, depuis une quinzaine de jours déjà, il était mal à son aise, et qu'avant de prendre le lit, il souffrait dans la région antérieure de la poitrine, sur laquelle le médecin qui le soignait à ce moment lui avait appliqué un emplâtre de thepsia dont il porte, du reste, encore la trace manifestée par une éruption de boutons rouges qui couvrent ce côté de la poitrine, et sont en partie suppurés au cou. Le malade souffre aujourd'hui modérément dans ses jointures, auxquelles on peut encore communiquer quelques mouvements sans provoquer beaucoup de douleur. Les membres inférieurs et le membre supérieur droit sont surtout pris. Le gonflement des genoux et des pieds n'est pas très considérable. La pression, à leur

niveau, n'est pas très sensible. On constate, sur les membres supérieurs et inférieurs, une éruption miliaire très abondante.

La peau est brûlante avec une sueur halitueuse.

19 mai. — T. M. 38°4 ; P. 88 ; T. S. 38°6 ; P. 84.

L'auscultation du cœur donne un résultat négatif ; dans le poumon, à gauche, on entend quelques râles sibilants très légers. *Chin. sulf.*, 2e trit, 20 centig.

20 mai.— T. M. 39°4; P. 95; T. S. 39°7; P. 96. Le malade a passé une assez bonne nuit. Les articulations des membres inférieurs sont moins volumineuses, mais encore douloureuses. L'oreille, appliquée sur la région du cœur, perçoit, à la base et au premier temps, un bruit de souffle très léger. *Kali mangan.*, 3e trit., 20 centig., et bryone, 3e.

21 mai. — T. M. 39°7 ; P. 92. La nuit a été agitée, mais il n'y a pas eu de délire ; les douleurs sont presque nulles ; le cœur est le même qu'hier. On continue *kali mang.*, 3e trit., et *bryone*, 3e. Dans la journée, le malade a plusieurs saignements de nez. Vers une heure de l'après-midi, se manifeste un délire tranquille ; cependant, le malade répond très bien à certains moments aux questions qu'on lui pose.

L'auscultation du cœur et des poumons est négative ; le thermomètre marque 39°4 ; le pouls est à 100. On prescrit, pour la nuit, *aconit*, T. M., 10 gouttes.

Vers neuf heures du soir, le thermomètre marque 40°6, et le pouls est à 108. Le malade eut du délire toute la nuit, mais pas de convulsions. La mort a lieu sur le matin sans agonie et comme tout à coup.

Cette observation représente ce qu'on nomme un cas malheureux. Ce malade entrait dans des conditions en apparence excellentes : les douleurs étaient relativement modérées, le gonflement articulaire assez minime, le pouls à 88, la température à 38°4 ; la tête était saine, le cœur n'avait rien, car un léger bruit de souffle ne s'y montra que le second jour ; la peau était chaude, mais avec une sueur modérée ; il avait eu une garde-robe la veille ; la toux était nulle, le poumon n'avait rien ; le tout se présentait avec un ensemble satisfaisant. Je remarquai un instant d'un œil inquiet l'éruption assez vive qui couvrait un côté de la poitrine et du cou ; c'étaient de gros boutons avec une auréole d'un rouge érythémateux qui étaient confluents et suppurés sur le côté gauche du cou. En apprenant que ce pouvait être le fait d'une large application de thapsia, je voulus, quoiqu'il n'y eût dans le pouls et dans l'ensemble aucune apparence de fièvre éruptive, je voulus examiner la gorge que je trouvai sans la moindre rougeur et à l'état normal. Sur les membres il n'y avait qu'une éruption miliaire abondante, en rapport avec la sueur et sans rien de caractéristique. Le second jour, tout paraissait encore en bonne voie ; l'éruption était à peu près la même, les jointures encore douloureuses. Mais le thermomètre était monté, le pouls plus fréquent, et un bruit de souffle très léger apparaissait au cœur. Je me méfiai de l'action du chininum sulfuricum sur le cœur ; je le remplacai par la bryone et kali manganicum.

Bien m'en prit, fort certainement, car si j'avais

continué le chininum sulfuricum, on aurait pu et j'aurais pu moi-même lui attribuer une action fâcheuse sur le cerveau, comme on l'a dit autrefois, il y a une quinzaine d'années, du sulfate de quinine à haute dose.

Le troisième jour au matin l'état est le même mais dans l'après-midi se montrent quelques saignements de nez et un peu de délire, et en même temps le thermomètre descend un peu, le pouls monte. L'interne de service qui le voit se sent porté à le surveiller et le revoit le soir à neuf heures ; il le trouve tranquille, le délire existe à peine, les réponses sont naturelles, mais le thermomètre monte à 40°6, et le pouls à 188. Le cas lui paraît grave et il vient me trouver. Je conseille de donner 10 gouttes de T. M. d'aconit pour la nuit. La mort survient quelques heures après et presque brusquement, sans qu'on s'en aperçût, sans agonie. Y a-t-il eu là une méningite qui a gagné promptement la base et les nerfs respiratoires, ou un petit foyer du côté du bulbe. Je ne puis que poser un point d'interrogation, car nous n'avons pas, comme dans les autres hôpitaux, la possibilité de constater les lésions par l'autopsie. En tout cas, cette terminaison rapide et foudroyante paraît bien être le fait d'une action métastatique et fait bien voir comment dans les cas les moins inoffensifs en apparence, le danger le plus grave peut être à la porte et venir donner tort aux prévisions les plus judicieusement assises.

(Dr FREDAULT, *Bulletin* 1875).

Observation XVII.

Rhumatisme articulaire aigu.

Mlle N..., 38 ans, entrée le 20 juillet, sortie le 1er août.

Il y a huit jours, cette fille éprouva un refroidissement et fut prise pendant deux jours de douleurs articulaires dans les deux pieds.

Notre malade n'est plus réglée depuis quatre ans; des épistaxis assez fréquentes semblent remplacer chez elle l'époque menstruelle.

Depuis quelque temps déjà, elle est sujette aux palpitations qui surviennent surtout lorsqu'elle est obligée de marcher un peu vite ou de monter quelques étages. La santé générale, cependant, a été assez bonne jusqu'ici, et elle n'a jamais fait de maladie bien grave.

Au moment de son entrée à l'hôpital, toutes les jointures sont à peu près prises. Néanmoins les douleurs dont ces dernières sont le siège sont assez peu vives. La température est à 38°2, le pouls à 92. A l'auscultation on entend, à la base et au premier temps, un bruit de souffle très doux. Dans les vaisseaux du cou on perçoit un souffle râpeux. On prescrit *colchicum*, T. M., 4 gouttes, et *calomel*, 6°.

22 juillet. — La malade va beaucoup mieux aujourd'hui. Les deux poignets, ainsi que les deux coudes, sont presque complètement dégagés. Le genou droit est encore un peu sensible, mais il n'est le siège d'aucun gonflement.

La température est revenue au chiffre normal. *Dito.*

23 juillet. — La malade va de mieux en mieux. A l'exception du genou droit, on peut communiquer aux jointures malades de légers mouvements, sans provoquer de douleurs.

L'appétit est revenu. *Colch.* T. M., 4 gouttes, et calomel, 6°

25 juillet. — La malade commence à se lever et à marcher. Elle ressent à peine encore quelques douleurs dans le genou droit. *Dito.*

29 juillet. — La malade est complètement guérie. On continue encore quelques jours le même médicament.

(Dr Molin, *Bulletin.*)

Observation XVIII.

Rhumatisme.

Mlle N., 19 ans, couturière, entrée le 2 juillet, sortie le 18 juillet.

Cette malade, d'une constitution vigoureuse, eut, l'année dernière, une première attaque de rhumatisme articulaire qui dura six semaines environ.

Depuis cette époque, la menstruation devint irrégulière et fort peu abondante, la malade éprouva des troubles digestifs et était prise de palpitations toutes les fois qu'elle marchait vite ou qu'elle montait les escaliers.

Il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, elle ressentit des douleurs vagues dans plusieurs jointures et particulièrement dans les articulations du membre supérieur gauche.

Elle continua, néanmoins, son travail, et ce n'est que depuis huit jours qu'elle fut obligée de garder le lit.

Voici dans quel état nous la trouvons aujourd'hui: L'épaule gauche est peu sensible à la pression et l'articulation du coude n'est pas douloureuse.

Le poignet et les petites articulations de la main gauche sont légèrement tuméfiées, mais ne présentent aucun changement de coloration. Le moindre mouvement qu'on leur communique provoque de la douleur. Toutes les autres jointures sont libres et mobiles.

La malade n'a pas de fièvre ; l'appétit est nul et l'estomac est très-sensible à la pression.

A l'auscultation, nous trouvons les bruits du cœur lents et bien frappés.

A la pointe, on ne constate aucune altération du timbre des sons, mais on perçoit à la base un bruit de souffle très doux au premier temps.

Dans les vaisseaux du cou, on entend le bruit du souffle caractéristique de la chlorose.

On prescrit *colchicum*, T. M., 4 gouttes.

5 juillet. — Il n'y a aucune amélioration. La malade a eu, hier, dans la journée, plusieurs fois des palpitations. *Aconit*, T. M., 2 gouttes, et *protoxalate de fer*, 1re trit., au 10e, 20 centigr.

7 juillet. Le genou gauche est un peu douloureux aujourd'hui. Les palpitations ont un peu diminué d'intensité. *Colch.*, T. M., 4 gouttes, et *calomel*, 6e.

On continue en même temps le petit paquet de fer.

9 juillet. — Les articulations de la main gauche

sont beaucoup moins tuméfiées et beaucoup moins douloureuses. L'appétit continue à être presque nul. *Dito.*

12 juillet. — Les douleurs diminuent dans l'épaule et dans le genou gauches.

La malade se plaint d'insomnie et d'agitation pendant la nuit. *Ignatia*, 3e.

14 juillet. — L'appétit est revenu en partie. Toutes les articulations sont libres ; l'épaule gauche seule est encore un peu sensible à la pression. *Dito.*

17 juillet. — La malade est complètement guérie de son rhumatisme. Les palpitations ne reviennent plus que très rarement. On prescrit *tarentula*, 3e, et la malade quitte l'hôpital le 18 juillet.

(Dr MOLIN, *Bulletin.*)

J'arrête ici la publication des observations que j'ai pris la peine de rechercher dans nos diverses revues et publications. Un plus grand nombre serait inutile au but que je me suis proposé.

M. Cretin y verra même, à l'observation XVI, un cas de mort très rapide qui n'est imputable ni au salicylate de soude ni au sulfate de quinine. Pourtant, si le malade avait pris l'un ou l'autre de ces remèdes, il n'est pas douteux que notre confrère leur attribuerait sans hésitation cette mort.

Il faut se rappeler que dans le rhumatisme articulaire, comme d'ailleurs dans la fièvre typhoïde, et dans toutes les maladies aiguës, la mort subite ou rapide s'observe de temps en temps. Avant d'incriminer un remède ou une médication, il faudrait sa-

voir si la mort n'a pas été le fait du mal lui-même. *Post hoc ergo propter hoc*, est un de ces paralogismes que le chapitre XIX de la troisième partie de la Logique de Port Royal nous recommande d'éviter. Je crains que, malgré son esprit si philosophique, notre savant collègue M. Cretin se soit laissé entraîner à commettre cette erreur.

Dr J. P. Tessier.

M. Cretin. — La question se présente ici comme une question de statistique. J'ai publié des faits, et j'en trouve d'autres un peu partout. D'autre part, tandis qu'avant l'emploi des médicaments modernes, les cas de mort subite étaient extrêmement rares, nous avons vu la mortalité s'accroître progressivement à mesure que leur usage se multipliait. Le Dr Bassler faisait la même remarque il y a quelques années, et il n'est peut-être pas de semaine où l'on n'observe quelque décès inopiné.

J'ai vu tuer une jeune fille arrivant de Belgique, prise, il y a quatre jours, de scarlatine, puis de rhumatisme scarlatineux. Le médecin appelé avant moi avait donné du salicylate de soude, je ne sais à quelle dose. La mère, qui avait été jadis témoin d'accidents terribles avec ce médicament, s'est effrayée de la prescription. Pour la rassurer, le médecin a répondu qu'en effet, chez les personnes d'un certain âge, il existait un danger causé par le mot élimination du salicylate, mais que, chez les enfants, et avant l'âge adulte, les reins fonctionnent bien, le danger n'est pas à craindre. Dans des cas semblables d'ailleurs, les

succès thérapeutiques sont faciles, parce que le rhumatisme scarlatineux évolue fort bien tout seul. Quoiqu'il en soit, une amie de la dame dont je parle est restée folle pendant plusieurs semaines, à la suite du salicylate ; une autre personne m'a raconté que, dans les mêmes circonstances, son enfant est resté hébêté assez longtemps.

Le Dr PIEDVACHE présente, extraits du « *The Homœopathic World* » (nos de septembre et d'octobre) quelques renseignements sommaires sur le CONGRÈS INTERNATIONAL HOMŒOPATHIQUE qui vient de tenir sesassises à Bâle, le 2 août, et les jours suivants, sous la présidence du Dr MAYHOFFER (de Nice).

Nos collègues ont été mis au courant des circonstances en vertu desquelles le Congrès, qui devait originairement avoir lieu à Bruxelles, s'est tenu à Bâle.

Trente-huit membres étaient présents à l'ouverture, savoir : 10 anglais, 10 américains (dont deux établis en France), 9 suisses, 3 allemands, 2 belges, 1 danois, 1 italien, 1 français, et le Dr Mayhoffer (de Nice), président. Si on fait abstraction des médecins suisses qui étaient chez eux, il est facile de voir que le Congrès était surtout anglo-américain, ce qui n'a rien de surprenant.

Il résulte, en effet, des documents présentés à Bâle, qu'on compte, aux Etats-Unis, environ 10,000 de nos confrères, avec 13 Ecoles de médecine dirigées par eux, 1,000 étudiants (400 diplômes par année), 51 hôpitaux (4,000 lits), 3 asiles d'aliénés, 48 dispensaires, 143 sociétés, 22 journaux, et seulement 33

pharmacies. Quant à nos confrères anglais qui, comme nous, sont en grande minorité dans leur pays, ils suivent l'impulsion que leur donne le Dr R. Hughes, l'âme du congrès, dont il a été renommé encore une fois, et par acclamation, *Secrétaire permanent.*

1° On s'est occupé, avant tout, de la nouvelle encyclopédie (*Cyclopedia of drug pathogenesy*) dont aussi bien R. Hughes est le principal promoteur. Notre éminent et sympathique confrère sollicite l'avis du Congrès sur cette œuvre considérable qui sera, dit-il, la matière médicale de l'avenir. On en a soigneusement éliminé les symptômes cliniques ; et, comme règle générale, pour les expériences avec les dilutions, on est convenu de n'admettre les résultats obtenus avec des dilutions supérieures à la 6e centésimale qu'autant qu'ils sont conformes à ceux que fournissent les atténuations plus basses. Le point capital de l'ouvrage, c'est la présentation des symptômes dans l'ordre de leur apparition, avec leurs connexions naturelles. On rejette, en conséquence, tout schéma, parce que celui-ci tend à dénaturer les symptômes, en les dépouillant de leurs rapports, en les isolant des relations dont l'ensemble constitue la physionomie propre du médicament.

Le Dr Imbert-Gourbeyre (dans un travail écrit), loue beaucoup la méthode de l'ouvrage et l'importance qu'il y a à présenter l'évolution des symptômes : cette méthode, il en a lui-même, dès longtemps donné l'exemple. Mais il considère un tel travail comme préparant plutôt la réunion de matériaux pour l'avenir, que comme une œuvre achevée.

Le Dr DRYSDALE croit qu'il faudrait joindre à l'ouvrage, en un volume de supplément, un index et un commentaire physiologique et thérapeutique.

Plusieurs membres appuient ce désideratum qui sera comblé, dit-on, aussitôt l'ouvrage terminé.

Ce qu'en résumé nous devons retirer de la discussion du Congrès, c'est le bon accueil fait à l'encyclopédie par tous les membres présents, à quelque nuance ou école particulière qu'ils appartinssent.

Faute de temps, nous devons nous borner à citer ici les travaux lus ou analysés dans les séances.

2° « *En avant* », essai du Dr DUDGEON, qui étudie les causes de l'aversion du corps médical pour l'homœopathie, et, en second lieu, les moyens d'arriver à la faire adopter. C'est dans ce but qu'il a fondé la *Ligue homœopathique*, et qu'il publie ces « *Tracte* » que nos collègues connaissent, et qui sont destinés à éclairer le public. Il a décidé, séance tenante, que la Ligue serait *internationale*.

3° Note sur le *Nicotisme*, par le Dr CLARKE, de Londres.

4° *Influence des médicaments homœopathiques sur les tempéraments*, par le Dr GALLAVARDIN.

5° *De la Sépia comme remède dans les affections pulmonaires*, par le Dr HAUSER, de Copenhague.

6° *Maladies de l'oreille et goutte*, par le Dr COOPER, de Londres.

7° *La Psore méningée cérébrale, ou les Méningites psoriques*, par le Dr *Boniface* SCHMITZ, d'Anvers.

8° *Observation de rougeole, suivie de diphthérie, et compliquée de coqueluche. Paralysie diphthéritique.*

Guérison, par le Dr MIDGLEY CASH, de Torquay (Angleterre).

9° *Diabète sucré : son traitement homœopathique et par les eaux de Karslbad*, par le Dr *Théodore*. KAFKA.

10° *Observations cliniques*, par le Dr OZANAM (de Paris) : polypes du larynx et du rectum, traités par le *bromure de potassium* (1re 1/10) 3 à 5 grammes, le *Berberis*, à dilutions variées. — Du *gaïac* dans l'amygdalite aiguë (de la 1re décim, à la 3e).— Dysentérie chronique pendant une grossesse, traitée avec succès par l'*Ergotine* (1re 1/10).

11° *Rapports de l'homœopathie avec l'hygiène*, par le Dr ROTH, de Londres.— *Quelques remarques sur les vêtements*, par le même.

Mentionnons enfin une discussion sur l'utilité d'une *pharmacopée internationale*, à cause des variations, souvent considérables, des préparations, suivant les pays et les diverses pharmacies.

Il n'est pas besoin d'ajouter que les membres du Congrès ont célébré de cordiales agapes, et porté de nombreux toasts. Se voir et se connaître, n'est-il pas le seul résultat bien certain des réunions de ce genre, surtout si elles sont internationales.

L'ordre du jour de la prochaine séance est ainsi fixé : Discussion de la Clinique du Dr Rochet.

La séance est levée.

CLINIQUE MÉDICALE
DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(Service de M. le docteur P. JOUSSET.)

HUITIÈME CONFÉRENCE (*suite*).

Je vais vous parler maintenant des coliques hépatiques, à l'occasion de deux malades que nous avons dans nos salles.

La première est une fille de restaurant, âgée de 22 ans, qui est entrée ici avec la jaunisse. Elle avait eu chez elle des coliques hépatiques ; mais elle n'en avait pas parlé à son arrivée : nous avions cru avoir affaire à un ictère simple. On doit se mettre en garde contre ces sortes d'erreurs. Hippocrate avait signalé trois sources d'erreur : « *error ab ægrotantibus* ; *error ab assietentibus* ; *error a medico.* » Les malades se trompent, oublient certaines choses, et je ne veux parler ici que de ceux qui sont de bonne foi ; c'est au médecin à savoir interroger le malade pour en tirer tous les éléments de diagnostic.

Les assistants viennent souvent embrouiller les choses ; ils ont un système pour expliquer la cause de la maladie : ce sont les humeurs, c'est la bile, c'est du sang qui s'est changé en eau, etc. Quant à l'erreur commise par le médecin, je me contente de la signaler.

J'avais donné à cette malade, *nux vomica* (6e) ; le 11 décembre, trois jours après son arrivée, elle n'éprouvait aucune douleur et demandait si elle pourrait bientôt sortir. Le soir même, elle fut prise d'une

forte crise de coliques hépatiques qui n'a cessé que le lendemain matin.

La crise passée, je lui ai donné *china* (6e), puis à la 12e dilution, et la malade est sortie le 17 en bonne santé et sans avoir eu d'autre crise. Est-elle tout à fait guérie? ne sera-t-elle jamais reprise ? Il est impossible de se prononcer.

L'autre malade était au n° 6 de la petite salle ; elle est sortie par peur de la fièvre typhoïde. C'est une dame âgée de 52 ans, employée à la Banque. Depuis 11 ans elle a des crises complètes revenant tous les deux mois; cependant, depuis six mois, les crises revenaient plus souvent. Elle est entrée à l'hôpital le 26 novembre. La maladie n'a cédé à rien. Elle a pris *chelidonium*, *china*, *berberis*, *nux*, *ricinus*.

Les calculs se rencontrent habituellement dans la vésicule biliaire ; leur nombre est extrêmement variable (de un à deux mille) ; il en est de même de leur volume. Les uns peuvent passer; mais par l'irrégularité de leurs formes, ne progressent que difficilement et en déchirant les parois du conduit dans l'hypochondre droit et l'épigastre. D'autres sont trop volumineux et chaque fois qu'ils veulent passer : colique hépatique.

Quant au traitement, on peut le diviser en médicaments de l'accès et médicaments de la maladie.

Les médicaments de l'accès sont : 1° la *belladone*, indiquée par les vomissements et une douleur excessive qui oblige le malade à se plier en deux. — 2° *Chamomilla*, lorsque aux symptômes précédents se joint une grande anxiété. — 3° *Digitalis*, lorsqu'il y a de la fièvre et des syncopes. — 4° *Calcarea carbonica*, recommandé par les Américains, convient dans les cas où il y a un vif sentiment de froid. — 5° *Berberis* semble soulager souvent. Mais tous ces médicaments ont bien pâli devant la morphine ; aussi,

dans un accès de coliques hépatiques, au lieu de chercher si *berberis* convient mieux que *chamomilla*, il vaut mieux chercher dans sa poche une seringue de Pravaz.

Je me suis souvent élevé contre l'abus de la morphine ; mais, dans ces cas, on doit l'employer comme palliatif. On calme le malade, et pendant le sommeil le calcul passe.

En dehors de l'accès, on traite la maladie. Emery, de Lyon, dit que *ricinus* lui a donné des succès ; je ne garantis rien. Il nous est arrivé un autre médicament d'Amérique : *china* ; quelques-uns l'ont proclamé infaillible, il n'a rien fait ici. J'avais remarqué que certains malades, sujets aux coliques hépatiques, se trouvaient bien d'un séjour au bord de la mer ; j'ai essayé ici le *bromure de sodium* et cela n'a pas fait grand chose.

Enfin, vous pourrez vous adresser aux eaux minérales. Celles qui conviennent le mieux sont : Vichy, Vals, Pougues, Carlsbad.

Il est très difficile de juger de l'efficacité d'une médication dans le traitement des coliques hépatiques. En effet, il y a des malades qui n'ont qu'un très petit nombre de calculs, quelquefois un seul. Après un accès ou deux de coliques hépatiques, ils sont débarrassés pour toujours. Dans ces cas, tous les traitements préventifs réussissent par cette excellente raison qu'ils s'appliquent à des malades guéris. Si au contraire il s'agit de malades dont le vésicule biliaire contient un grand nombre de calculs incarcérés, de calculs qui ne peuvent franchir les voies biliaires, tous les traitements curatifs seront impuissants et viendront échouer contre un obstacle mécanique invincible. Reste donc les cas où les malades présentent des productions successives de calculs. Le traitement qui arrêtera ces productions successives se-

ra véritablement curatif. Mais comment distinguer cette catégorie des deux autres ? Le doute sur l'efficacité des médications curatives des calculs hépatiques est donc légitime et le sera encore bien longtemps.

REVUE MENSUELLE

Septembre 1886

—

Je n'ai pas la prétention de passer en revue toutes les régressions ataviques et toutes les nouveautés que les trop nombreux organes de la presse médicale nous apportent chaque jour. Je signalerai seulement celles qui ont attiré mon attention soit par leur excentricité, soit par leur utilité pratique, soit enfin par leur caractère scientifique.

Gale. — Voici un traitement expéditif de la gale, proposé par le Professeur Fournier : Entre deux bains, frictions avec la pommade suivante : Glycérine, 200 grammes ; gomme adragante un gramme; fleur de soufre, cent grammes ; carbonate de soude, cinquante grammes ; parfum *ad libitum*. Si ce traitement est aussi sûr que celui de Saint-Louis, il lui est de beaucoup préférable. (*France Médicale*, 2 septembre 1886.)

Lanoline. — La *lanoline* proposée de nouveau en thérapeutique comme utile pour l'incorporation des médicaments à faire pénétrer en onctions, la lanoline ne serait autre chose que l'Œsipe, *Œsipus humida*, dont Nicolas Lemery donnait déjà la préparation en

1737, dans sa *Pharmacopée universelle*. L'Œsipe est un liquide gras extrait, par lavage et procédé mécanique, de la laine de mouton en suint. Je ne me suis pas encore servi de la lanoline. (*Id. Id.*)

Café. — Les effets pathogénésiques du café sont très variables, suivant les sujets, leur tempérament, l'espèce de café, la manière dont il est fait, etc., selon M. Laborde. Toutes les personnes à qui M. Dupuis a administré trois et quatre tasses de café par jour, se sont plaintes de l'affaiblissement de leurs facultés génésiques. Cet effet ne s'est pas produit chez deux personnes ayant fait un énorme abus du café et observées par M. Laborde. M. Pouchet rapporte des faits singuliers. Un étudiant ne pouvait prendre une tasse de café sans être pris d'une ivresse comparable à celle que procure le haschisch. Dix ans plus tard, le café produisait chez le même individu des étourdissements ; plus tard encore, un gonflement remarquable des veines des mains. Le thé ayant remplacé le café, ce furent les veines des jambes qui gonflèrent. M. Gellé ne peut prendre une tasse de café sans être poussé invinciblement au sommeil. Un de ses confrères, après une tasse de café, devient triste et mélancolique. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 septembre 1886).

Inhalations dans la tuberculose. — Le Dr Seiler traite les tuberculeux par les inhalations d'acide fluorhydrique ; une heure de séance chaque jour pendant vingt, trente jours et plus.

Les vapeurs sont produites par un mélange de cinquante grammes acide fluorhydrique et cent cin-

quante grammes eau. Au moyen d'une soufflerie particulière, on projette l'air chargé de ces vapeurs dans la chambre du malade, dans la proportion de dix litres par mètre cube. Les résultats, d'après le docteur Seiler, dépassent toutes les espérances et se produisent dans l'ordre suivant : suppression des quintes de toux ; disparition des sueurs nocturnes ; sommeil satisfaisant et réparateur ; modification favorable de l'expectoration ; retour de l'appétit et de l'embonpoint ; enfin, amendement lent, mais indéniable, des troubles organiques. (*Id. Id.*)

Tuberculose : inhalations de bacterium termo. — A l'hôpital civil de Fermo, les docteurs Alberico Testi et Giovanni Marzi ont expérimenté un autre traitement. On lit dans l'*Union médicale* du 25 septembre 1886 : « Plusieurs malades atteints de signes stéthoscopiques non douteux de tuberculose avancée, avec bacilles dans le sang et dans les crachats, ont dû aux inhalations du *bacterium termo* fréquemment répétées chaque jour, une amélioration des plus appréciables de leur position. Le nombre des bacilles diminuait de plus en plus au fur et à mesure de la durée du traitement, ce qui paraîtrait indiquer une action spéciale du *bacterium termo* sur la vitalité du bacille.

« Tous ces malades ont présenté une amélioration dans la nutrition générale ; tous ont eu aussi, en peu de jours, un chiffre moindre de micro-organismes ; mais, à dire vrai, il nous semble, comme aux auteurs eux-mêmes, qu'il est encore un peu prématuré d'affirmer que le spécifique de la phthisie est enfin trou-

vé, ce qui arrivera quelque jour, nous l'espérons bien. »

Méningite tuberculeuse. — Il est, depuis quelque temps, question de la curabilité de la méningite tuberculeuse par l'iodoforme à l'extérieur. Un médecin suédois, le docteur Warfwinge, a publié cinq observations de guérisons de cette terrible maladie, par le traitement suivant : Onctions matin et soir, sur le cuir chevelu rasé, avec une pommade composée d'iodoforme un gramme, et vaseline cinq grammes. Les frictions ont été faites, dans le premier cas, dix-sept jours ; dans le second, 19 ; dans le troisième, 30 ; dans le quatrième, 32 ; et, dans le cinquième, 9 jours. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.* 15 septembre 1886.)

Iodoforme ; pathogénésie. — Nous venons d'assister au combat entre le *bacterium termo* et le bacille tuberculeux ; voici maintenant deux médicaments aux prises. « Espérons que l'iodol remplacera bientôt l'iodoforme. Et ce sera justice, comme on dit au Palais ! Le docteur Poncet vient de décrire dans le *Lyon médical*, avec une grande justesse, les inconvénients de cette substance, dont les chirurgiens... allemands et autres aiment à safraner les plaies. » Ainsi s'exprime le rédacteur de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* (15 septembre 1886.)

D'après le docteur Poncet, à la suite des applications d'iodoforme, les malades accusent un goût particulier, parfois une odeur bizarre qu'ils qualifient d'âcre, amère, alliacée, nauséeuse. Assez souvent, ils ont le cœur sur la main. Le dégoût, l'ano-

rexie sont accrus par la gustation des aliments, et le malade refuse toute nourriture. La sensation désagréable est notamment accrue par l'usage d'une fourchette ou d'une cuiller d'argent. L'odeur communiquée, même indirectement, par l'iodoforme à l'argent, persiste très longtemps et prend une fétidité toute spéciale.

Aux méfaits imputés à l'iodoforme par M. Poncet, Elbridge C. Cutler ajoute la dépression mentale, l'insomnie et le marasme. (*Union médicale*, 30 septembre 1886.)

Fleurs de genêt. — Vingt à vingt-cinq grammes de fleurs de genêt en infusion dans un litre d'eau, à prendre dans la journée, produisent un effet diurétique considérable. Mais il faut avoir soin de n'employer que les sommités fleuries, récoltées avant que les fleurs inférieures soient transformées en gousses ; car les graines sont émétiques. (*France médicale*, 16 septembre 1886.)

Noix de coco. — M. de Brun, professeur à la Faculté de médecine française de Beyrouth, vante l'action exceptionnelle, en Syrie, de la noix de coco contre le tœnia. (*Revue médico-chirurgicale*, 1er septembre 1886.)

Spartéine. — Dans une thèse, dont tous les journaux de médecine ont rendu compte, M. Legris assigne au *sulfate de spartéine*, à la dose de cinq à vingt-cinq centigrammes en vingt-quatre heures, une action prompte dans les cas d'asystolie cardiaque, dans tous les états d'affaissement général de l'organisme, dans lesquels se manifeste l'asthénie cardia-

que, qu'il y ait ou non lésion du myocarde ou des valvules. On peut administrer ce médicament pendant longtemps sans le moindre inconvénient. Dans les cardiopathies avec hydropisie, M. Legris conseille d'associer au sulfate de spartéine, l'infusion de genêt dont je viens de parler. (*Id. Id.*)

Notre distingué confrère, le docteur Claude, a déjà, dans le numéro de février 1886, signalé les propriétés anti-abortives du *Viburnum prunifolium.*

Viburnum Prunifolium. — Je ne sais ce qu'est ce médicament, ni d'où il vient. Je ne le trouve pas mentionné dans le Répertoire de Duchesne. Quoi qu'il en soit, il a été recommandé par le docteur Chéron, contre la dysménorrhée et l'avortement, à la dose de deux grammes de teinture dans huit cuillerées, une cuillerée toutes les heures. M. P. Ménière l'a employé avec succès contre les contractions douloureuses de l'utérus, dans les cas de fibro-myômes des parois latérales. Il emploie l'extrait mou de *Viburnum p.* à la dose de deux grammes, associé à un gramme de narcéine dans 250 grammes sirop de sucre et vingt-cinq centigrammes d'acide citrique, une cuillerée à bouche toutes les deux heures. (*Id. id.*).

Cotoïne. — Il paraît que l'écorce du coto, a été importée en Europe, sous le nom de *China-coto*, il y a déjà treize ans. M. le docteur Ch. Eloy, dans un article très étendu, nous apprend que le *coto-verum* et une espèce voisine, le *paracoto*, appartiennent à la famille des Laurinées, et sont originaires de la Bo-

livie. Quatre principes chimiques ont été isolés. Le plus actif est, paraît-il, la cotoïne. Son action physiologique est remarquable. A petites doses, d'après Pibram, Albertoni et Burckart, elle stimulerait l'appétit, traverserait, sans s'y altérer, la cavité de l'estomac et se dissoudrait dans les liquides de l'intestin. D'où M. Eloy conclut que cette partie du tube digestif est le théâtre de son action médicamenteuse. En outre, la cotoïne prévient les fermentations et même elle les arrête. Dans les expériences *in vitio* elle a empêché la putréfaction des infusions de tissu pancréatique. Par ses propriétés antisialorrhéiques et antisudorifiques (Fronmuller), elle se rapproche du tannin. La cotoïne, éliminée par les urines en six, huit ou dix heures, conserve une partie de ses caractères chimiques. « Les effets vaso-moteurs sont, de tous, les plus virulents, dit M. Eloy. Albertoni les signale et je les ai constatés chez les cobayes auxquels j'administrais quotidiennement pendant trois ou quatre jours une dose de 1 gramme à 2 grammes de cotoïne.. L'ouverture de l'abdomen m'a permis d'observer la congestion, la turgescence et des arborisations vasculaires de la muqueuse intestinale et, en particulier, de la première partie du gros intestin. »

En présence de ces effets pathogéniques, on se demande comment Fronmuller, Yeo, Parsons Gasperini, à l'étranger, MM. Henri Huchard et Constantin Paul ont été conduits en France à administrer la cotoïne pour combattre les diarrhées des arthritiques, des tuberculeux, des thyphiques et même des cholériques

(Baltz de Tokio). Mais la loi de similitude, la loi des indications positives, nous explique très bien pourquoi ils ont réussi. A la dose de vingt à soixante centigrammes par jour, la cotoïne a donné à M. Henri Huchard les résultats suivants: Dans une série de 21 cas 10 cas de diarrhée tuberculeuse, 8 de diarrhée catarrhale et 3 de diarrhée arthritique, il n'a enregistré que deux insuccès chez des phthisiques très avancés. « Fronmuller, ajoute M. Eloy, éprouva neuf échecs seulement dans 93 cas de diarrhée profuse des typhiques, et M. Rohrer, cité par MM. Huchard, n'a pas été moins heureux dans une série de 100 cas de diarrhées infantiles rebelles. »

Sous forme de cachets, l'administration de la cotoïne est très commode et bien préférable à l'introduction par injection sous-cutanée. (*Union Médicale*), 21 septembre 1886.)

Antifébrine. — Dans le n° suivant du même journal, le même M. Ch. Eloy nous fait connaître un nouvel antithermique. Sous le nom d'antifébrine, MM. Cahn et Hepp ont expérimenté l'acétamilide ou phénylacétamide. Ces messieurs affirment que cet agent diffère de l'antipyrine et de la thalline, par son innocuité aussi absolue que remarquable. Aux doses de vingt-cinq centigrammes à deux grammes, l'antipyrine provoque, chez l'homme sain, un abaissement de température de 1 à 3 degrés. Cet effet débute environ une heure après l'ingestion du médicament et diminue ensuite jusqu'au retour de la température normale, qui s'effectue en trois ou six heures. Au début, la peau se couvrirait de rougeurs et transpirerait

modérément. Au moment où la température s'abaisse, chez les malades, ceux-ci accusent une sensation de froid qui ne va pas jusqu'au frisson, comme avec les autres antithermiques. Immédiatement après l'administration se produit une diurèse qui persiste les jours suivants. Pendant toute la durée de la baisse thermométrique, le visage et les extrémités prennent une coloration bleuâtre qui persiste jusqu'à la réascension thermométrique.

Dans 24 cas de rhumatismes, de fièvre typhoïde et d'affections pyrétiques diverses, MM. Cahn et Hepp se louent des améliorations obtenues. Sensation de bien-être et même sommeil chez les typhiques, disparition des douleurs, chez un rhumatisant, pendant la durée de l'abaissement thermique ; chez aucun malade, aucun trouble digestif ou nerveux. Sur tous ces points, M. Ch. Eloy appelle, avec raison, le contrôle des thérapeutistes français.

Evidemment, ici, MM. Cahn et Hepp font de l'allopathie, de la thérapeutique par les contraires, opposant à un symptôme l'effet pathogénique opposé.

Si leur expérimentation physiologique est exacte, l'antifébrine, d'après la loi des indications, sera plus utile dans les affections avec refroidissement et cyanose, que dans les pyrexies.

Salicylate de bismuth.— Depuis que M. Vulpian n'a pas obtenu, dans la fièvre typhoïde, du salycilate de bismuth les résultats qu'il espérait, ce médicament était à peu près délaissé. Voici M. Solger qui essaie de le réhabiliter. Selon lui, le salicylate de bismuth

n'est pas un antiseptique ; il ne tue pas les microbes ; il ne prévient pas même leur développement. Mais, comme il y a des microbes, il combat l'irritation qu'ils produisent sur les muqueuses. C'est un antiphlogistique, à la dose quotidienne de huit grammes par jour. Mais il ne convient ni aux maladies de l'estomac, ni au rétrécissement pylorique. Sans doute, les essais de M. Solger, dans ces deux maladies, n'ont pas été plus heureux que ceux de M. Vulpian dans la fièvre typhoïde. (*Union médicale*, 23 septembre 1886.)

Eulyptol. — La plume se fatigue à écrire les noms de tous les médicaments nouveaux. M. Schmeltz, de Nice, fait un mélange de six parties d'acide salicylique, une partie d'acide phénique et une partie d'essence d'eucalyptus. Le résultat de la réaction est ce qu'il appelle l'eulyptol. C'est un antiseptique et, de plus, un antithermique quand on l'administre à la dose indigeste de 8 à 10 gram. Il calme les douleurs des rhumatisants, il désinfecte les selles des typhiques et il sera probablement utile dans les affections catarrhales des voies respiratoires.

Voilà, je pense, un médicament nouveau bien lancé. (*Bulletin de Thérapeutique*, p. 173, 30 août 1886, cité par l'*Union médicale* du 23 septembre 1886.)

Uréthane.— L'uréthane est un hypnotique. En chimie, c'est le carbate d'éthyle. Coze, de Nancy, a observé la résolution musculaire, sous l'influence de cette substance, le ralentissement du pouls et de la respiration, et l'abaissement thermique. A haute dose, il produit l'anesthésie.

Les animaux soumis simultanément à la strychnine et à l'uréthane échappent aux effets de la strychnine. Aussi Coze conseille-t-il de faire l'essai de l'uréthane dans le tétanos. Je doute que cet essai réussisse. M. Vakulowsky regarde l'uréthane comme inférieur au chloral, contre le délire alcoolique, les douleurs rhumatismales, l'insomnie et la gastralgie du cancer stomacal. Il l'a vu produire des troubles gastriques, la rigidité des membres et un grand ralentissement du cœur. D'autres lui attribuent la diminution de l'exhalation de l'acide carbonique et de l'excitabilité du cerveau, pendant le sommeil. (*France médicale*, 21 sept., et *Union médicale*, 23 sept., 1886.)

Les contradictions entre les expérimentateurs, comme entre les cliniciens, ne sont pas près de s'effacer.

Cocaïnomanie. — Voici, d'après Erlenmeyer, les symptômes produits par l'abus des injections sous-cutanées de cocaïne : Paralysie de la vaso-motilité ; accélération du pouls ; augmentation de la diaphorèse; état syncopal ; teinte cadavérique de la peau ; yeux éteints ; altération de la nutrition générale. Seulement on ne sait pas si c'est à la morphine ou à la cocaïne qu'il faut attribuer ces accidents, car les malades observés étaient depuis longtemps morphiomanes. (*Union médicale*, 23 sept., 1886.)

Vanille.— L'essence de vanille mélangée à d'autres corps, dans les bonbons, les glaces et les pâtisseries, détermine une intoxication caractérisée par les symptômes de l'entérite, les phénomènes de collapsus et

même d'algidité. M. Davenport a observé trois cas d'intoxication de ce genre en trois mois (*Id. Id.*).Tout dernièrement, j'ai eu à soigner une dame d'une légère entérite produite par un gâteau vanillé, une sorte de fromage glacé.

Hydrastine.— *L'hydrastis canadensis* expérimenté d'abord et mis en honneur par les médecins homœopathes, en Amérique, est en train de faire son tour du monde médical allopathique. On en a extrait deux substances, la berbérine et l'hydrastine. Les expériences ont démontré que l'hydrastine abaisse le nombre des pulsations, que les fortes doses abaissent la pression sanguine en provoquant la dilatation vasculaire, tandis que les faibles doses l'élèvent par la contraction vasculaire. (*France médicale*, 21 sept. 1886.)

Ainsi se trouve démontrée une fois de plus la loi des actions, ou l'antagonisme des doses.

Gynmocladus canadensis. — Voici un médicament nouveau, importé d'Amérique, et sur lequel je trouve enfin des renseignements dans le Répertoire de Duchesne. La plante désignée aussi sous le nom de *kentuky* et de *coffee bean*, a la réputation d'un toxique puissant comparable à la fève de Calabar. D'après Duchesne, elle appartient à la famille des légumineuses. Les semences nommées *gourganes* sont regardées comme purgatives au Canada. On les a même indiquées comme propres à remplacer le café. D'après les expériences de Bartholow, cette substitution ne serait pas sans danger. En effet, avec l'extrait aqueux, il a diminué, puis aboli la sensibilite,

chez les grenouilles, il est vrai. Il a produit, de plus, des convulsions générales et une paralysie complète des muscles résistant aux irritations les plus vives. Ce n'est pas tout ; il a obtenu la diminution de l'activité cardiaque, réduit de moitié le nombre des pulsations et, enfin, fait cesser complètement les contractions. (*France médicale*, 21 sept. 1886.)

En raison de sa provenance (Amérique du Nord), la presse médicale a fait grand accueil à ce médicament. Nous verrons quel parti les thérapeutistes en renom tireront de sa pathogénésie redoutable.

Thuya annexé. On lit dans la *France médicale* du 30 septembre 1886. « Autrefois on employait le *thuya occidentalis*, bois et feuilles comme diaphorétique et dans le traitement des maladies vénériennes. Dans notre médecine allopathique, cette plante était à peine considérée comme un médicament, et peu d'officines la comptaient dans leur collection ; mais les homœopathes la prescrivaient avec succès pour guérir les végétations et les verrues, à la dose de deux globules de la sixième dilution dans 250 grammes d'eau, dont il suffisait de prendre trois cuillerées par jour. »

Et voilà que ces propriétés si bizarres du *thuya*, connues des homœopathes depuis bientôt cent ans, sont consignées dans la thèse du docteur Ménier, puis confirmées par de nombreux praticiens, M. Constantin Paul en tête. Après quinze jours de traitement toutes les personnes qui ont pris trente gouttes d'extrait fluide, ont été débarrassées des végétations vulvaires et autres. Et le rédacteur ajoute : « Bien que ces faits soient susceptibles de rencontrer des incré-

dules, on n'en est pas moins surpris de voir quelques gouttes d'une teinture donnée à l'intérieur faire disparaître une affection aussi tenace et servir d'arme contre les productions épithéliales.

« Sans avoir la prétention de faire l'apologie de l'homœoopathie, ne devons-nous pas rester perplexes devant des succès aussi matériels ? »

Il est triste d'avoir encore, de notre temps, à louer la loyauté courageuse du journaliste allopathe. Je n'ai pas l'honneur de le connaître ; raison de plus pour que je lui adresse, avec mes plus sincères compliments, mes plus vifs encouragements.

Certes, MM. Ménier et Constantin Paul n'ont pas employé le thuya en raison de ses effets pathogénétiques consignés dans notre matière médicale pure. Ils ont été conduits à l'essayer, en raison des résultats cliniques obtenus par les homœopathes. Voulant contrôler une expérience *ab usu in morbis*, ils eussent dû, scientifiquement, reproduire les conditions de cette expérience dans son intégrité, par conséquent essayer les fameux deux globules de la 6e dilution dans 250 grammes d'eau, trois cuillerées par jour. Ils auraient eu à cela un grand avantage, soit de confirmer l'expérience des homœopathes, soit de l'infirmer. Dans le premier cas, ils auraient constaté l'action des doses infinitésimales qu'ils admettent implicitement en reconnaissant les succès des homœopathes. Dans le second cas, en augmentant progressivement les doses, ils auraient contribué à fixer la limite inférieure de leur action, tout en faisant échec aux infinitésimalistes systématiques. Ils se

seraient épargné la peine de faire de nouveaux essais. Ils seront forcés de diminuer peu à peu les doses, beaucoup trop fortes, de 30 à 40 gouttes deux fois par jour, s'ils veulent obtenir de plus nombreux succès. M. Constantin Paul le comprendra certainement ; car il a dû réagir contre les doses exagérées de la Drosera, prescrites contre la coqueluche par ses confrères, et réduire ces doses de soixante et même quatre-vingt gouttes par jour, à la dose sensiblement convenable et exacte de vingt gouttes par jour.

N'allez pas croire, pour tout autant, à la fusion entre l'allopathie et l'homœopathie. Elle restera impossible tant que, prenant nos médicaments consacrés par la clinique, les allopathes en exagéreront les doses, entraînés par un *à fortiori* aussi instinctif que peu scientifique. Elle sera impossible tant qu'ils ne saisiront pas la loi des indications, en comparant les effets thérapeutiques aux effets pathogénétiques. Elle sera impossible, enfin, tant qu'il y aura des homœopathes attachant plus d'importance à l'emploi des doses infinitésimales qu'aux applications rationnelles de la loi des indications et de la loi des actions, faisant, en un mot, de l'accessoire le principal.

Arsenic. — A propos d'effets pathogénétiques, Cheadle en signale un de l'arsenic bien digne de notre attention.

A la suite de doses d'*arsenic* progressivement croissantes, administrées à des choréiques, Cheadle a vu apparaître une coloration bronzée des téguments comparable à celle de la maladie d'Addison. Cette

coloration n'a disparu qu'après cinq ou six mois. (*Union médicale*, 16 sept. 1886.)

Tolérance hydrophobique. — On dirait vraiment que les médecins, partisans de l'administration des médicaments à outrance, tiennent leurs malades pour des hydrophobes, capables de tolérer les poisons les plus actifs et en très grande quantité, sans en ressentir le moindre effet. Ainsi Hale White rapporte que, dans un cas de rage humaine, on administra au patient, dans l'espace de quarante-quatre heures, 32 grammes d'hydrate de chloral par la voie rectale sans provoquer d'accidents chloraliques ; 30 centigrammes de morphine en injections hypodermiques ne produisant pas même la dilatation pupillaire, et cinq grammes de quinine sans modifier la température.

Le malade mourut. D'où cette conclusion que la thérapeutique est complètement impuissante contre la rage. (*Union médicale*, 18 sept. 1883.)

Chloroforme hémostatique. — Chloroforme, deux grammes ; Eau simple, deux cents grammes. Mêlez en agitant. C'est une première dilution au centième. Spaak la préconise comme un excellent hémostatique. Il la recommande, en particulier, pour les opérations à exécuter dans la bouche et la gorge, de simples lavages de ces régions lui ayant suffit à arrêter toute hémorrhagie. Après l'amygdolotomie, on peut recourir à l'eau chloroformée, ou aux pulvérisations du même liquide, dirigées sur la plaie pendant quelques secondes. L'eau chloroformée n'exerce aucune action escarrhotique sur les tissus. (*Union médicale*, 26 sept. 1886.)

Il est clair que la même préparation pourra donner les mêmes résultats dans les épistaxis et dans les hémorrhagies utérines. Elle est d'autant plus précieuse qu'on peut l'obtenir instantanément et qu'elle n'a aucun des inconvénients du perchlorure de fer.

Bryone hémostatique. — D'après la méthode de M. Petrescu, de Bucharest, M. Christodorescu a employé avec succès, contre la métrorrhagie, la décoction de vingt grammes de racine de bryone dans 1,000 grammes de vin blanc. Dans un cas où la métrorrhagie avait résisté aux divers hémostatiques, et s'était longtemps prolongée, sans aucune lésion organique comme cause,il prescrivit d'heure en heure une cuillerée à dessert de cette décoction. Six heures après la première cuillerée, le flux sanguin commençait à diminuer, et, après trente-six heures, il cessait définitivement. (*Union médicale*, 4 sept. 1886.)

La pathogénésie de la *bryonia*,renferme ce symptôme : « Métrorrhagie d'un sang rouge foncé. » Il est vrai que l'indication est tirée de l'expérience clinique. Sans cela se poserait la question de savoir si, dans l'observation de M. Christodorescu, c'est la bryone ou le vin blanc qui a agi.

Adonidine. — M. G. Foy reconnaît à l'adonidine une action incontestable comme tonique cardiaque et diurétique ; mais il lui trouve l'inconvénient de provoquer plus facilement les vomissements et la diarrhée que la digitale. (*Id. Id.*)

Constamment nous rencontrons des effets pathogénétiques à la suite de l'administration des médicaments à doses plus qu'appréciables ou classiques.

Iodol. — Nous pouvons faire connaissance avec l'iodol, le rival désormais de l'iodoforme. On retire l'iodol de l'*huile animale de Dippel* en en dégageant le pyrrol, puis en traitant la solution de pyrrol par l'iodure-ioduré de potassium ; d'où formation d'un tétra-iodo-pyrrol, ou iodol. Cette substance se présente sous la forme d'une poudre brun-rougeâtre qui se fonce par l'exposition à la lumière, dont il faut la mettre à l'abri. L'iodol n'a presque pas de saveur ; son odeur se rapproche de celle du thymol.

En thérapeutique oculaire, M. Trousseau a remplacé l'iodoforme par l'iodol dans les conjonctivites chroniques des strumeux, des arthritiques et des herpétiques ; dans les blépharites ulcéreuses, les kéralites phlycténulaires et ulcéreuses, les ulcères torpides de la cornée, certaines kératites vasculaires légères et, enfin, dans les conjonctivites granuleuses plus ou moins anciennes tournant au trachome. (*Union médicale*, 28 sept. 1886.)

Ethoxycaféine.—Nouveau médicament, provenant du laboratoire Cochin, recommandé contre la migraine, dans le *Bulletin général de Thérapeutique* du 15 sept. 1886. N'ayant pas ce numéro sous la main, je cite, d'après l'*Union médicale* du 28 septembre la formule d'une potion, qui me paraît bizarre : Ethoxycaféine 25 centigrammes ; salicylate de soude 25 centigrammes ; hydrochlorate de cocaïne, 10 centi-

grammes ; eau de tilleul, 60 grammes ; sirop de capillaire, 20 grammes.

L'addition de salicylate de soude a pour but de faciliter la dissolution du sel caféique, et celle de la cocaïne de prévenir les douleurs d'estomac souvent consécutives à l'emploi du médicament. Voilà une formule selon les règles de la vieille pharmacopée : l'adjuvant, le correctif, le dulcifiant, etc. ; mais je prendrai mes informations sur l'éthoxycaféine ; car elle n'a pas seulement la propriété de guérir la migraine ; un gramme pris en cinq doses de vingt centigrammes a suffi pour calmer les douleurs d'un zona chez une anémique.

Phosphate de chaux. — La science ne vit que de contradictions. Si la science moderne se prétend infaillible, la médecine moderne est un peu plus modeste. Après l'engouement de l'iatro-chimie pour les phosphates de chaux comme fortifiants, voici que des expérimentateurs proclament l'inutilité de ces mêmes phosphates. Heiden, de Pommeritz, prouve, par deux séries d'expériences sur les cobayes, que le phosphate de chaux n'est pas assimilé. Weiske conclut de ses expériences sur les vaches que, non seulement il n'est pas assimilé, mais encore qu'il n'est pas même éliminé par le lait. Sanson, professeur à l'école de Grignon, a répété ces expériences et est arrivé à des conclusions identiques. Selon lui, le phosphate de chaux n'est pas assimilé par l'organisme des animaux ; il passe entièrement dans les matières fécales et dans l'urine. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er sept. 1886.)

Inoculations antirabiques.— Dans la *Semaine vétérinaire*, M. Gaston Percheron, critiquant un article de son confrère M. Nocard, sur la valeur des inoculations antirabiques, d'après des statistiques de M. Grancher, pose ces questions : « Sait-on combien de personnes, dans la foule qui encombre le laboratoire de la rue Vauquelin, ont réellement subi la morsure de bêtes enragées ? Combien de chiens, parmi ceux que M. Pasteur a décrétés de rage, se trouvaient vraiment sous le coup du terrible mal ? » Ce nombre doit être bien restreint, s'il ne repose que sur les certificats délivrés par des vétérinaires, des médecins, voire des empiriques, même sur des procès-verbaux d'autopsie. « Car, dit M. Gaston Percheron, tout le monde sait, en vétérinaire, que la rage ne laisse après elle, sur le cadavre, aucune altération microscopique capable de la dénoncer. » C'était l'opinion de H. Bouley. Il est vrai que, par l'examen microscopique, M. Pasteur distingue un cerveau rabique de celui qui ne l'est pas. Mais il est vrai aussi que tous les cerveaux, provenant de chiens suspects de rage, envoyés à M. Pasteur, lui arrivent toujours dans un tel état de décomposition qu'il y perd toute sa science. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 sept. 1886.

M. Gaston Percheron me paraît ne s'être pas écarté des limites d'une critique sérieuse et légitime. Je veux encore espérer que les succès croissants de M. Pasteur lui répondront victorieusement.

Dr A. Cretin.

NOUVELLES

—Un allopathe qui ne fera sans doute pas école et à qui nous adressons nos sincères félicitations pour un acte très-ordinaire, mais très rare, est le docteur Millard, d'Edimbourg, dont nous entretient le *British Medical Journal*. Ce praticien avait publié une observation de diarrhée guérie par le bichlorure de mercure. Un docteur Mac-Donald avait commenté dans le *Medical Journal* cette observation en disant que le docteur Millard avait puisé son indication thérapeutique dans le manuel de Sydney Ringer. De là, lettre du docteur Millard au *Medical Journal* qui, rompant avec ses vieilles habitudes de haineuse orthodoxie, l'insère *in-extenso*. Nous avons cru bien faire en en donnant la traduction :

« Je n'ai pas tiré l'information relative à l'emploi du bichlorure de mercure dans cette forme de diarrhée de l'excellent manuel du docteur Ringer, comme le suggère le docteur Mac Donald. Mais je me suis adressé aux mêmes ouvrages que le docteur Ringer, si j'en juge par l'analogie des indications thérapeutiques que je trouve dans ces ouvrages et dans celui du docteur Ringer. Cela veut dire que j'ai consulté des traités d'homœopathie.

« Mais qu'importe après tout de connaître l'origine d'un médicament ? J'aime bien mieux savoir que ce médicament jouit d'une action très favorable dans la forme de diarrhée que j'ai précédemment décrite. J'aime aussi bien savoir qu'employé à temps, ce médicament nous donne le droit de compter à coup sûr sur un succès. Récemment encore, quatre cas, dont deux heureux, me permettaient de vérifier l'action de cette combinaison mercurielle. J'ai eu deux morts. Dans un cas, l'enfant succombait une heure après ma visite ; dans l'autre, j'eus le temps d'arrêter la diarrhée avec trois ou quatre doses de médicament. Mais l'enfant était si faible et si nerveux que les convulsions l'enlevèrent quelques heures plus tard. »

Nos lecteurs ne refuseront assurément pas un bon point au médecin d'Edimbourg, ainsi qu'au *Medical Journal*. Mais n'est-il pas triste de penser qu'à notre époque on en est encore réduit à formuler de pareils compliments qui devraient, si l'on avait une notion exacte de la probité scientifique, constituer de réelles injures?

— A plusieurs reprises, nous avons déjà entretenu nos lecteurs des *State Boards of Health* des Etats-Unis, comités ou bureaux d'origine et de composition variables suivant les Etats, et dont les attributions rappellent celles de nos Conseils d'hygiène. Le développement effronté du charlatanisme, que favorisait trop le libéralisme de différentes constitutions d'Etats, avait provoqué, il y a quelques années, un véritable mouvement de l'opinion publique. Nos bons amis les allopathes espérèrent en tirer profit et demandèrent qu'aux attributions précédemment énumérées des *Boards of Health*, dont ils occupaient toutes les places, on joignît celles de la vérification des diplômes médicaux, de la surveillance des Facultés ou Ecoles de médecine, etc. Ils réclamèrent même l'institution d'une sorte d'examen d'état, comme cela se pratique en Suisse, par exemple, que devaient subir les candidats avant d'obtenir le droit de libre exercice dans les limites de l'Etat. Quelques Législatures trouvèrent qu'il y avait du bon dans ces requêtes auxquelles du reste s'associaient les partisans des Ecoles homœopathique et éclectique, mais elles n'entendaient pas faire le jeu des allopathes américains qui, au nom de je ne sais quelle prétendue orthodoxie médicale, s'apprêtaient à interdire l'exercice de leur profession aux médecins homœopathes et fermer leurs écoles et leurs hôpitaux. Ainsi, la Législature de l'Illinois décréta que le *Board of Health* de l'Etat aurait le droit d'examiner les diplômes et au besoin d'annuler ceux qui lui paraîtraient avoir été obtenus dans des conditions frauduleuses. Mais cette même Législature décida en même temps que le *Board of Health* se composerait de cinq membres dont trois allopathes, un homœopathe et un éclectique. Ce contact effarouchait si bien les consciences d'hermine de ces bons allopathes que leurs différentes Sociétés déclarèrent à l'unisson et à l'unanimité que jamais, au grand jamais, un de leurs membres ne se prêterait aux combinaisons inintelligentes, déshonorantes et malhonnêtes des politiciens. Et patati et patata, on clabauda jusqu'à la nomination du *Board* et alors... Oui, et alors? Eh bien, les trois allopathes (j'allais écrire les trois anabaptistes), tinrent paisiblement séance avec leur collègue homœopathe sans que, pour de bonnes raisons assurément, ils essayassent de le dévorer.

Dans le Kansas, la Législature alla plus loin encore et ajouta aux principales dispositions de l'*Act* de l'Illinois une clause qui arracha des cris de rage aux mameluks de l'orthodoxie. Elle décida que le bureau serait composé de telle façon que pas une école ne pût à elle seule y former la majorité. Malgré les protestations et les menaces, le *Board* a tranquillement fonctionné et a fait d'excellente besogne.

Cette question des *Boards of Health* a vivement, comme on le pense, préoccupé les médecins des Etats-Unis et

par contre-coup ceux d'Angleterre. Aussi ne faut-il pas s'étonner de la trouver traitée avec une certaine ampleur dans un discours que le docteur Billings prononçait récemment, à l'une des réunions de l'Association Médicale Britannique, sur la situation de la médecine en Amérique. Partisan de l'extension des pouvoirs accordés aux *Boards of Health*, le médecin anglais faisait part à son auditoire des appréhensions qu'avait suscitées la composition de ces comités. Le passage suivant, que nous avons traduit et qui confirme ce que nous avancions, nous semble mériter les honneurs de la citation : « Dans l'Illinois, on tourna la difficulté en décidant que sur les cinq membres du *Board* trois seraient allopathes, un autre serait homœopathe et le dernier éclectique. La loi du Kansas, promulguée l'an passé fit un pas en avant, car elle déclara qu'aucune Ecole ne pouvait avoir la majorité dans le comité. A la grande surprise du public et des médecins, la combinaison de l'Etat de l'Illinois a donné de très bons résultats. Pas de querelles, ni de discussions oiseuses lors des réunions du *Board*, dont les membres éclectique et homoeopathe ont su se maintenir au niveau scientifique de leurs collègues. Grâce à cet heureux accord, un grand nombre d'ignorants charlatans ont dû quitter l'Illinois pour aller chercher ailleurs des dupes nouvelles. »

Ces aveux dépouillés d'artifice nous semblent avoir quelque prix pour nous. Mais en les enregistrant, nous ferons remarquer au docteur Billings qu'il n'était peut-être pas très difficile au représentant de l'homœopathie du *Board* de l'Illinois de « se maintenir au niveau scientifique » des trois allopathes, et peut-être même de le dépasser. La chose s'explique quand on sait que le Gouverneur de l'Etat avait nommé comme représentant de l'homœopathie dans le comité le docteur Ludlam, le doyen du Collège médical Hahnemann de Chicago, le gynécologiste bien connu, que notre Société est fière de compter au rang de ses membres honoraires.

A. CLAUDE.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 18 *octobre.*

Présidence de M. Cretin

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance apporte une lettre du ministère de l'instruction publique, transmettant à la Société un volume envoyé d'Amérique intitulé *Smithsonian Report pour* 1884.

L'ordre du jour appelle la discussion de la clinique du Dr Rochet.

M. Tessier. — La première observation de la clinique de notre confrère est fort intéressante. C'est un cas de *delirium tremens*, affection qu'on n'est pas appelé tous les jours à soigner, et contre laquelle la thérapeutique homœopathique est toute-puissante, lorsqu'on applique les médicaments qui conviennent. Le malade qui fait l'objet de cette observation en est un exemple frappant. Au début, la thérapeutique a été incertaine, hésitante, disons le mot, hasardeuse, aussi l'état du malade est resté stationnaire. Au contraire, dès que M. Rochet a donné le remède approprié, l'amélioration a été immédiate, et une rechute, arrêtée aussitôt par le même médicament, est venue prouver que son action n'était pas l'effet du hasard,

mais qu'elle pouvait se répéter toutes et quantes fois qu'il en était besoin.

Le premier jour notre confrère a donné la belladone à la dose de 10 gouttes de teinture mère. Ce médicament a été peu employé en homœopathie, comme du reste en allopathie, contre le *delirium tremens*, et dans tous les cas parmi les solanées, c'est plutôt *stramonium* et *hyosciamus* qui répondent au délire furieux avec excitation et agitation, telle que le présentait le malade. J'ai eu du reste l'occasion de traiter ce sujet dans ma clinique de l'hôpital Saint-Jacques pendant l'année 1883 (1). Je ne veux point répéter ce que je disais à cette époque, je compléterai simplement par quelques mots sur le *cannabis* ce que j'écrivais alors.

La belladone n'ayant pas été suivie d'amélioration, M. Rochet a prescrit *opium*, 3e trituration. Là encore je ne vois pas l'indication du médicament. Je sais bien que M. Jousset le recommande, mais dans les cas où l'état est apoplectiforme, avec pouls lent, stertor, pupilles contractées. Tel n'était pas le cas du malade de M. Rochet. *Stannum* est le troisième remède prescrit, et celui-là j'avoue n'en saisir ni de loin, ni de près les indications. Du reste, l'effet fut aussi négatif que celui des autres médicaments. Enfin, notre confrère eut recours au *cannabis indica* 3e dilution, et dès ce moment l'amélioration survint et la guérison suivit de près.

Les symptômes qui indiquent le *cannabis* dans le

(1) Bulletin, t. XXIV, p. 560.

delirium tremens sont le tremblement nerveux, le délire avec hallucinations, l'impulsion à la fureur et la soif inextinguible.

En 1881, le *Progrès médical* publia une observation très intéressante de *delirium tremens* que je transcris pour les lecteurs du Bulletin qui la liront sans doute avec plaisir.

Observation

Le nommé F.., charcutier, est âgé de 48 ans.

C'est un homme robuste, vigoureux, actif. Malheureusement, depuis plusieurs années, il s'adonne à l'usage des boissons alcooliques ; il boit surtout de l'eau-de-vie — environ un demi-litre par jour ; — assez souvent du vin blanc le matin à jeun, et deux ou trois verres de vermouth chaque jour. Depuis plusieurs mois, F.. a des ennuis, des préoccupations d'affaires, des chagrins de famille, sous l'influence desquels il a été conduit à augmenter encore ses excès quotidiens.

Le 28 janvier dernier, je suis appelé auprès de lui, le matin, et voici ce que l'on me raconte : depuis quelques jours, F... est inquiet, sombre, parle peu ; il ne dort pas. La nuit dernière, il a été agité, parlait à haute voix, s'est levé plusieurs fois, se promenait dans sa chambre et se recouchait ensuite pour se relever un moment après. Pendant ma visite, il est assis dans un fauteuil, à moitié habillé, la face rouge, injectée, les yeux hagards, sans cesse en mouvement autour de l'appartement. La parole est brève, hésitante, tremblée, et le malade ne prononce que quelques paroles sans suite. La langue est recouverte d'un léger enduit saburral ; sortie de la bouche, elle présente un tremblement continuel. Les mains et les bras sont sans cesse en mouve-

ment, toujours tendus en avant comme pour saisir des objets imaginaires ; les doigts sont le siège de petites oscillations incessantes. A un moment donné, F... veut se lever, mais ses jambes le soutiennent à peine et participent au tremblement des membres supérieurs. Le malade voit autour de lui des rats, des crapauds, des araignées, etc., et se précipite à chaque instant pour les saisir et les écraser. Le pouls est rapide à 112 ; sous le doigt, on sent les contractions fibrillaires des muscles ; il y a de la constipation.

Traitement : *lavement purgatif*; *limonade vineuse*; *julep avec 5 grammes d'hydrate de chloral.* — Soir : La potion a été prise en entier ; aucun changement notable dans l'état du malade. Il est couché, mais il cherche à se lever à chaque instant, ne voulant pas rester plus longtemps au milieu des *vilaines bêtes* qui l'entourent. Traitement : potion avec 15 centigrammes d'*extrait thébaïque* à prendre pendant la nuit.

29 janvier. — Matin : Même état ; même délire ; calme léger entre minuit et deux heures. Depuis ce dernier moment, agitation extrême ; mouvements incessants ; ce matin, la face est inondée de sueurs ; le pouls est à 120. Traitement : potion avec 20 centigr. d'*extrait thébaïque* à prendre pendant le jour. — Soir : Pas de changement appréciable ; continuation de la potion par cuillerées à bouche, toutes les heures.

30 janvier. — Matin : La nuit a été un peu plus calme, mais sans sommeil. Ce matin l'agitation et le délire sont aussi intenses ; le malade veut sortir du lit ; il frappe du point contre la muraille. Même prescription. — Soir : Agitation extrême ; le corps est inondé de sueurs ; deux hommes sont nécessaires pour maintenir le malade dans son lit. Vers trois heures de l'après-midi,

profitant d'un défaut de surveillance, F... est sorti de sa chambre et a fait une vingtaine de pas dans la rue en trébuchant ; en heurtant le trottoir, il a fait une chute qui a occasionné une plaie à la nuque. Le pouls est extêmement rapide et bat 130 fois par minute. Traitement : *julep* avec 50 centigr. d'*extrait de haschisch*. une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

31 janvier. — Le malade n'a pas dormi ; l'agitation et le délire n'ont pas cessé une minute. Ce matin, au moment de ma visite, il tire constamment la couverture de son lit ; de temps en temps, il s'arrête, semble prêter l'oreille un moment, puis recommence à tirer la couverture pour s'arrêter bientôt et écouter de nouveau. Il parle très peu ; il voit toujours des rats et des insectes autour de lui, mais ils ne lui font plus peur, dit-il. Pouls à 116. Même prescription. — Soir : L'état n'est pas sensiblement modifié. *Julep* 120 gr. avec 50 centigr. d'*extrait de haschisch*.

1er février. — Ce matin, à 10 heures, en arrivant auprès du malade, je le trouve endormi. Il a été agité jusqu'à onze heures; à ce moment, c'est-à-dire après avoir pris environ 35 centigr. *d'extrait de haschish* dans l'espace de quatre heures, sa tête s'est affaissée sur l'oreiller; quelques minutes après, il était endormi. Il ne s'est pas éveillé depuis ; je l'appelle, il ne répond pas ; son sommeil est calme et tranquille, sa physionomie normale. Son pouls est régulier et bat 84 fois seulement par minute. A onze heures, il s'éveille et demande à manger. On lui donne un bouillon et ensuite un peu de vin mélangé d'eau. — Soir : Le malade est calme ; il a encore dormi trois heures dans la journée ; il répond bien et sans hésitation aux questions que je lui adresse ; il ne voit plus d'animaux autour de lui ; il n'y a plus

[illegible] des mains. Le mala- [illegible] son pouls est à 84. [illegible] pendant la nuit.

[illegible] est endormi hier soir à 10 [illegible] que ce matin à sept heures. [illegible] et le délire a disparu. Le malade [illegible]

[illegible] est bien et reprend ses occu- [illegible] trouve ce matin travaillant [illegible] plaint seulement d'une certaine [illegible] les jambes.

[illegible] observation est un peu longue ; mais je n'ai [illegible] par elle présente un grand inté- [illegible] l'administration inutile, à doses massives [illegible] de l'opium, nous voyons l'action médi- [illegible] du *haschisch* se [illegible] en 24 [illegible] Sans doute, la dose est élevée [illegible] l'auteur [illegible] de l'observation a soin de [illegible] remarquer [illegible] ses commentaires qu'il a fait [illegible] do- [illegible] élevées, parce que, sans cela, [illegible] les effets enivrants et [illegible] remè- [illegible] singulier raisonnement [illegible] que [illegible] crainte d'être soupçonné [illegible] après [illegible] homœopathique [illegible] que les effets d'[illegible] dus au haschisch [illegible] par des doses fortes [illegible] quoi qu'il en [illegible] c'est pour cela [illegible] et si complètement [illegible] qu'à doses plus [illegible]

par exemple, employées par M. Rochet, l'effet est encore plus rapide, plus doux, plus certain ; mais la question des doses est secondaire, et nous admettons tous, ou à peu d'exception près, que le remède bien indiqué guérit à toutes doses : mieux ou moins bien, suivant la susceptibilité individuelle. En d'autres termes, pour bien guérir une maladie, il faut lui trouver le médicament le plus strictement homœopathique, et, quant à la dose, chercher celle qui convient le mieux au tempérament et à l'idiosyncrasie médicamenteuse du sujet.

C'est dans ce second point que réside la difficulté, et jusqu'à présent la règle à établir en pareil cas est impossible.

Le *cannabis indica* ou *haschisch* avait été employé avant le docteur Villard par Donaud, de Bordeaux, qui rapporte un cas de *delirium tremens* guéri par lui avec la teinture de *cannabis*. Son observation a paru dans le *Bulletin de Thérapeutique* en 1869. La même année, Tyrrel relatait dans les *Annales médico-psychologiques*, l'histoire d'un individu trois fois atteint de *delirium tremens* et trois fois traité avec succès par la teinture de haschisch.

Beddoë, en 1867, fit paraître dans le *Medical Press and Circular*, dix-huit observations de delirium tremens, dans lesquels il administra l'extrait de chanvre indien. Tous guérirent rapidement, sauf un chez lequel on soupçonna une méningite.

La deuxième observation est un cas d'albuminurie *a frigore* guérie rapidement par l'*arsenic* et la *fuchsine*. Ces deux médicaments sont fréquemment

employés par tous nos confrères et souvent avec avantage. Ce qui m'étonne, c'est que M. Rochet n'ait pas soumis dès le début son malade au régime lacté, qui, pour moi, prime toutes les médications. Peut-être aurait-il évité ainsi les troubles dyspnéiques qui paraissent avoir été de nature urémique avec œdème laryngé.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un cas de *phlegmatia alba dolens*, chez une jeune accouchée, à la suite d'un refroidissement. Je n'ai rien à dire du traitement, qui me semble très bien approprié. J'y trouve la teinture de belladone à la dose de 10 gouttes, comme dans presque toutes les observations de notre confrère qui paraît avoir une confiance très grande dans ce polychreste, que je vois encore prescrit à la même dose et de la même manière dans l'observation IV au début d'une pneumonie, dans l'observation VI au début d'une pleurésie, dans l'observation IX au début d'une fièvre typhoïde, dans l'observation XI, enfin, qui est la dernière et qui porte comme titre : « Coliques hépatiques ; Dysenterie; Accidents typhiques. »

Pour en revenir à la malade de l'observation IV, atteinte de phlegmatia, il y a une phrase contre laquelle je me permets de m'inscrire en faux ; c'est celle où M. Rochet dit : « Nous prescrivons d'abord la médication ordinaire au début de cette affection, compression, chaleur, *frictions*, *etc.*, *etc.* »

Pour la compression et la chaleur, passe encore ; mais je trouve qu'il est de la plus souveraine imprudence de frictionner sur un membre dont les veines

peuvent avoir déjà des caillots, qui, sous l'influence des frictions iront faire embolie et, par conséquent, détermineront la mort subite des malades.

En terminant ces quelques remarques, je tiens à remercier M. Rochet de nous avoir donné cette intéressante clinique, que, pour ma part, j'ai lue avec un vif plaisir et qui ne peut manquer de soulever encore d'instructives observations de la part de nos collègues de la Société.

M. Guerin-Méneville. — Le Dr Rochet a-t-il revu le malade qu'il porte comme guéri du diabète.

M. Rochet. — Oui ; il fait de bons dîners tous les jours.

M. Cretin. — La clinique de notre excellent et bien-aimé confrère, le docteur Rochet, comprend onze observations. Elle offre un double intérêt, en raison de la gravité des cas auxquels ces observations se rapportent et, aussi, en raison de la consécration que les résultats cliniques donnent à la loi des indications.

A ce dernier point de vue j'ai noté particulièrement trois observations. L'une (Observation I) démontre jusqu'à l'évidence les effets très promptement obtenus du *cannabis indica* à la 3e dilution centésimale dans le *delirium tremens*, conformément à la loi homœopathique.

Il en est de même de l'observation II, où l'action homœopathique de la *fuchsine* à la 2e trituration décimale a suffi pour la guérison, en quinze jours, d'une albuminurie *a frigore*.

Enfin, l'observation VII confirme par un succès

remarquable l'indication de l'azotate d'urane, dans le diabète sucré.

Ces trois observations m'ont d'autant plus frappé que, pour mon compte personnel, je suis moins habitué à des résultats aussi satisfaisants. Je ne parle pas du *delirium tremens* n'ayant pas eu l'occasion de prescrire le *cannabis* contre cette affection. Mais, dans toutes les albuminuries que j'ai eues à soigner, diverses d'origine, les unes chez des jeunes personnes atteintes de chloroses ou anémies pernicieuses, les autres chez des cardiaques, d'autres encore, symptomatiques de néphrites parenchymateuses ou interstitielles, dans toutes ces albuminuries, à mon grand désespoir, je n'ai obtenu aucun effet de la *fuchsine*, ni de *cantharis*, ni de *plumbum*, aux doses les plus variées. Je ne compte qu'un seul cas dans lequel la fuchsine ait produit un effet satisfaisant. Il s'agissait d'une albuminurie consécutive à la scarlatine, chez une enfant au cours de la convalescence. Je n'ai pas vu la petite malade ; je l'ai soignée par correspondance.

J'en dirais presque autant de l'azotate d'urane dans le diabète sucré. Depuis une vingtaine d'années que je l'emploie habituellement, non seulement aux premières dilutions centésimales, mais encore, à la dose de dix à vingt centigrammes par jour, je compte beaucoup plus d'échecs que de succès. Son effet le plus constant, surtout au début du traitement, est, comme l'a constaté M. Rochet, de diminuer promptement la polydypsie et de réduire rapidement la glycose à quelques centigrammes ou même à 0. Je

porte seulement à son actif six ou sept cas de guérison définitive, après son emploi pendant six semaines et même trois mois, particulièrement chez les sujets nerveux. Chez tous les autres, tant que l'embonpoint se maintient, l'azotate d'urane empêche la glycosurie d'augmenter et même il la diminue; mais elle reparaît au même degré, à chaque suspension du médicament.

Chez les malades qui maigrissent à vue d'œil, l'azotate d'urane ne m'a jamais donné le moindre résultat satisfaisant. Chez le malade de M. Rochet, malgré l'amaigrissement prononcé, le diabète sucré était de date récente. C'est peut-être à cette circonstance qu'il faut attribuer les bons effets de l'azotate d'urane, dans un temps relativement très court.

Dans l'observation IIIme, il s'agit d'une *phlegmasia alba dolens*. Je m'étonne que M. Rochet n'ait pas insisté plus sur la *belladone* dont les effets sont justifiés bien plus par la clinique que par la pathogénésie ou, qu'abandonnant ce médicament, il n'ait pas cru devoir recourir à l'*hamamelis*.

Le sujet de la onzième observation est notre ami, bien cher à tous. Malade moi-même, en même temps que lui, je n'ai pu le voir qu'au moment où l'amélioration, commencée le 15 janvier, pouvait enfin faire espérer la convalescence. La maladie a été des plus graves. Elle a débuté par des coliques hépatiques; elle a revêtu ensuite les caractères d'une fièvre, ou plutôt d'un état typhoïde dès le 14 décembre, et c'est au cours du troisième septenaire, que se déclarent les accidents dysentériques, avec des douleurs ex-

cessives, dont le point de départ me paraît devoir être rapporté à une violente inflammation, sinon à des ulcérations de l'S iliaque. Le *mercurius corros.* 3e, alterné avec le *capsicum annuum*, a eu certainement une action salutaire et décisive.

Nous avons déjà complimenté, du fond du cœur, notre excellent confrère de sa guérison. Nous nous joignons à lui pour remercier de même M. le docteur Jousset des soins qu'il lui a donnés avec une si grande affection et un si vif intérêt.

M. Rochet. — Chez le malade auquel j'ai donné *thebaïcum* c'était pour obtenir le sommeil, la sédation.

M. Tessier. — A dose homœopathique?

M. Rochet. — Quant à la *belladone*, j'ai un faible pour ce médicament, qui me réussit souvent. Dans la dernière observation dont je suis le sujet, c'est M. Jousset qui me l'a fait prendre.

La *fuchsine* m'a bien réussi chez ma malade albuminurique.

M. Tessier. — J'ai eu un malade albuminurique à la suite de la scarlatine, à laquelle aucun médicament homœopathique n'a réussi.

Un médecin des hôpitaux vient de la guérir avec le perchlorure de fer.

M. Guérin-Meneville. — J'ai vu un cas analogue très bien guéri avec *apium virus* et *arsenic*.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée.

Séance du 15 *novembre* 1886.

Présidence de M. Tessier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Le président annonce la mort du Dr L'Hermier des Plants (de Lyon).

M. M. Jousset. — Mon père, obligé de s'absenter pour aller voir un malade en province, m'a chargé de vous lire ce qui suit :

PROJET DE FONDATION D'UN INSTITUT HOMŒOPATHIQUE

Messieurs,

Il y a quelques années, le Dr Frédault proposait à la Société la création d'une sorte d'école d'homœopathie qui devait avoir pour but l'enseignement de la matière médicale et de la thérapeutique, et, après examen, la délivrance d'un certificat d'études.

Sans parler des États-Unis, où l'enseignement de nos doctrines a pris une si grande extension, nous voyons l'Angleterre et l'Espagne nous donner l'exemple d'institutions analogues à celle que nous vous proposons.

Nous n'avons pas voulu nous borner à émettre devant vous la pensée de la fondation d'un Institut homœopathique ; nous croyons que, pour être pratique, notre proposition doit se compléter de l'exposition complète d'un plan d'étude.

Voici notre proposition :

ART. Ier. — La Société médicale Homœopathique de France décide la fondation d'une école d'homœopathie sous le nom d'Institut homœopathique.

ART. II. — Cet enseignement comprendra l'exposition de la matière médicale et de la thérapeutique.

La durée du cours est de deux semestres de quatre mois chacun, à trois leçons par semaine ; soit quarante-huit leçons de matière médicale, et quarante-huit leçons de thérapeutique. La première leçon de chaque semestre sera consacrée à un exposé général de la matière médicale et de la thérapeutique.

Les élèves seront tenus, en outre, d'assister chaque semaine à deux leçons cliniques au lit des malades, soit à l'hôpital Saint-Jacques, soit à l'asile de Bon-Secours à Montrouge.

ART. III. — Un examen serait subi à la fin de l'année et un certificat d'études serait délivré aux élèves qui répondront d'une manière satisfaisante.

ART. IV. — Les médecins de l'hôpital Saint-Jacques seront chargés de cet enseignement.

ART. V. — Le Jury d'examen sera nommé par la Société médicale homœopathique de France en dehors des professseurs.

ART. VI.— Le siège de l'Institut homœopathique est le même que celui de la Société.

Nous demandons à la Société de se réunir dans

huit jours en séance supplémentaire pour discuter notre proposition.

—

La Société fixe la prochaine séance au lundi 6 décembre et met à l'ordre du jour les six premières leçons du Dr Jousset à l'hôpital Saint-Jacques.

La séance est levée.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(Service de M. le docteur P. JOUSSET.)

—

NEUVIÈME CONFÉRENCE

SOMMAIRE. — Epilepsie jacksonnienne. — Observation. — Diagnostic. — Tumeur cérébrale ou hystérie. — Tumeur syphilitique ; pachy-méningite. — Méningite tuberculeuse localisée. — Traitement : *Belladona, causticum, calcarea, faradisation.* — Pleurésie de la salle des femmes, rechute. — *Aconit* 1re trituration décimale. — Chlorose.

Messieurs,

Je vous demanderai la permission de revenir avec insistance sur une malade, dont je vous ai déjà parlé, qui a des attaques convulsives analogues aux attaques d'épilepsie jaksonnienne. Je vais, en deux mots,

vous rappeler cette observation. C'est une fille âgée de 35 ans ; elle a eu un rhumatisme aigu généralisé il y a six ans, qui ne paraît avoir laissé rien au cœur. En juin 1885, premier accès d'épilepsie, accompagné de céphalalgie atroce du côté gauche, dans la région temporale. Cette attaque a consisté en petits mouvements saccadés des membres du côté droit ; le pied exécutait une sorte de trépidation analogue au mouvement du remouleur ; en même temps le bras demi-fléchi s'éloignait peu à peu du corps par une série de petites oscillations, jusqu'à ce que le coude eût atteint le niveau de l'épaule.

Le 22 novembre, six accès dans la journée ; ces accès étaient semblables à l'attaque du mois de juin ; mais ils ont été suivis de paralysie progressive dans les membres du côté droit. Céphalalgie excessive, localisée du côté gauche et exaspérée par le moindre mouvement ; il y avait un léger degré d'aphasie et un peu de paralysie de la face.

L'examen ophthalmoscopique, pratiqué par M. le Docteur Parenteau, ne révélait aucun trouble fonctionnel.

En même temps, il y avait une hémiplégie droite ; la malade pouvait faire quelques mouvements de l'épaule ; mais la main était inerte. C'était une paralysie flasque, sans contracture. La température prise sur l'avant-bras du côté malade était de 34°, tandis qu'elle n'était que de 32°4 sur l'avant-bras gauche. La sensibilité était intacte, il n'y avait ni analgésie ni anesthésie ; il y avait cependant un trouble particulier sur lequel nous reviendrons.

J'ai prescrit *belladone* 30ᶜ ; la céphalalgie a diminué.

Le 11 décembre, il y a eu un accès qui a débuté par une sorte de frémissement dans le deltoïde et de là s'est propagé au bras, puis à la jambe. A la suite de cet accès, il y a eu un peu plus de faiblesse dans le pied.

Nous avons donné *càusticum* 30ᵉ dil. Le causticum, en effet, présente tous les symptômes de l'épilepsie jacksonnienne: mouvements convulsifs de l'épaule et du bras.

Le 14, nouvelle attaque, qui a débuté aussi par l'épaule; cette attaque a été arrêtée par la pression du plexus brachial.

Les jours suivants, il y a une légère amélioration ; on continue *causticum*. La malade exécute quelques mouvements, les doigts commencent à remuer, le pouce excepté. La jambe va bien, ne traîne pas en marchant ; cependant, il y a encore de la faiblesse, elle fléchit par instant. La céphalalgie persiste ; mais elle n'est plus localisée du côté gauche ; elle est diffuse et moins violente : *Belladone* 30ᵉ.

Le 26, après un malaise et une sorte d'angoisse, il y a eu, vers trois heures, une attaque qui s'est bornée à des contractions rythmiques du deltoïde. Le bras était soulevé par une série de petites contractions du deltoïde jusqu'à ce que le coude atteignît la hauteur de l'épaule, puis il retombait pour recommencer aussitôt les mêmes mouvements : il y avait

à peu près deux contractions par seconde. Ces mouvements ont été arrêtés aussitôt par une pression modérée sur la partie moyenne du deltoïde. La pression ayant été suspendue, les secousses ont recommencé ; nouvelle pression prolongée deux ou trois minutes, les mouvements ont cessé et n'ont pas reparu. Une pression un peu forte était excessivement pénible.

Le 29, crise complète avec trépidation ; la malade, livrée à elle-même, respire de l'éther et prétend qu'elle a été calmée. Cette crise s'est produite vers 3 heures du soir, comme la précédente.

Je prescris *calcarea carbonica* 30e.

Le 2 janvier 1886, la malade veut essayer d'écrire, mais ne peut y parvenir, car la main est prise de tremblement sitôt qu'elle veut tracer un caractère.

Le 6 janvier, la malade se plaint d'avoir des crampes dans la jambe, alternant avec des soubresauts. *Tarentula* 6e et tentative d'électrisation.

Le 10 janvier, la malade trouve que sa main va mieux, elle peut l'ouvrir et la ferme sans éprouver de douleur ; elle tremble moins pour exécuter les mouvements volontaires. Il y a aussi une grande amélioration dans la jambe.

Hier soir, il y a encore eu, à 3 heures, un accès complet ; le bras, la jambe et les muscles du cou et de la face du côté droit étaient en jeu. Cet accès a été calmé par des inhalations d'éther.

La malade n'est pas guérie ; les accès sont moins intenses, reviennent moins souvent, mais il y en a encore.

De quoi s'agit-il ici ? Ces attaques hémi-convul-

sives, les troubles vaso-moteurs, l'hémiplégie, etc., indiquent une lésion siégeant dans les circonvolutions frontales ascendantes et pariétales ascendantes, vers le lobule paracentral. Joignons à cela le léger degré d'aphasie et la céphalalgie localisée dans la région temporo-pariétale gauche, et il paraîtra certain que ces accidents sont dus à une lésion siégeant dans les centres nerveux que je viens d'indiquer.

Il faut maintenant examiner les caractères de la lésion.

Avons-nous a faire à une hystérique ou à une tumeur cérébrale ? Y a-t-il tous les symptômes de l'épilepsie jacksonnienne ? Bravais, en 1828, puis Jackson ont décrit des attaques épileptiformes hémiconvulsives limitées à la face, au bras et à la jambe, avec cri initial et quelquefois perte de connaissance. Ici les convulsions n'ont lieu qu'au bras et à la jambe, et il n'y a pas de cri initial ni perte de connaissance.

Fournier parle de l'épilepsie avec conscience ; mais dans ces cas, la conscience se perd graduellement et on arrive à l'épilepsie vraie, avec chute brusque, morsure de la langue, stertor, évacuations involontaires, etc. Chez notre malade, la conscience n'est atteinte en rien ; les désordres se bornent à des mouvements convulsifs dans le bras et la jambe du côté droit, et surtout dans le bras. Les attaques d'épilepsie jacksonnienne affectent une certaine marche ; les mouvements commencent par la face, gagnent le bras, puis la jambe et le pied. Il est rare que les convulsions passent du côté opposé et soient suivies

de paralysie. Ces attaques d'épilepsie jacksonnienne peuvent s'améliorer : il y a des exemples nombreux où l'emploi des bromures a pu suspendre les accès pendant des mois et même des années. L'autopsie a toujours révélé la présence de tumeurs cérébrales, de gommes. Notre malade est-elle hystérique ? L'hémi-convulsion est très rare dans l'hystérie. Il y a aussi la chorée rhytmique ; mais elle dure plus longtemps, des jours entiers, des semaines, des mois ; il n'y a pas d'hémiplégie ; dans l'hystérie, les paralysies succédant à de grandes convulsions. On trouve dans l'hystérie un symptôme dominant, dont l'absence, ici, m'a fait faire des réserves sur le diagnostic ; c'est l'hémi-anesthésie.

Il n'y avait chez notre malade aucun trouble des sens ; le goût, l'odorat sont bien conservés ; la vision des couleurs est intacte. D'un autre côté, la paralysie hystérique siège plutôt à gauche ; ici elle siège à droite.

Dans ce cas, on avait cru d'abord à des symptômes hystériques ; on a étudié avec soin les régions hystérogènes. La pression sur l'ovaire et sur les autres points hystérogènes n'a déterminé aucun accès ; si c'était une hystérique, on devrait provoquer des attaques par l'excitation d'un point hystérogène.

Au début de chaque crise, il y avait une sorte d'aura, qui consistait en une douleur vague dans le deltoïde ; mais il n'y a jamais eu perte de connaissance. En même temps que l'hémiplégie, il y avait paralysie vaso-motrice caractérisée par l'œdème du bras et de la jambe et par une élévation de température

dans les membres paralysés ; ce qui ne s'observe jamais dans l'hystérie.

Il y a chez cette malade un symptôme assez bizarre : lorsque, avec un compas ou une épingle à cheveux, on la pique avec les deux branches écartées. puis réunies, elle commet une erreur assez singulière. Si on la pique, surtout du côté droit, avec les deux pointes à la fois, elle ressent parfaitement les deux pointes ; puis, si on la pique avec une seule pointe, elle croit en sentir deux. Il y a une erreur de sensibilité très bizarre et qui semble s'expliquer par la persistance de la sensation d'une première piqûre pendant un certain temps.

Quelles étaient les objections que l'on pouvait faire au diagnostic d'épilepsie jacksonnienne ? On ne pouvait guère en faire qu'une seule : c'est que la malade paraissait guérie ; mais elle ne l'est pas encore, nous l'avons vu par la crise d'hier.

Nous avions pensé à la syphilis ; il y avait eu des douleurs nocturnes. Le médecin qui l'avait traitée en ville l'avait interrogée dans ce sens. Mais il n'y a jamais eu d'éruption à la peau, pas de chute des cheveux, pas de ganglions indurés, pas de taches cicatricielles. Serait-ce une syphilis héréditaire à longue échéance ? Cette forme peut se caractériser par une seule lésion ; mais ici l'amélioration s'est effectuée sans traitement spécifique : *Belladone* 30e, *causticum* 30e et *calcarea carbonica* 30e ont été les seuls médicaments employés.

S'il y avait eu hémorrhagie cérébrale, l'hémiplégie se serait produite plus rapidement et n'aurait pas

disparu aussi vite. Y a-t-il eu une méningite localisée du côté gauche avec production de pseudo-membranes ou de tubercules. Dans la méningite tuberculeuse, les tubercules se trouvent plutôt à la base du cerveau ; mais ils peuvent aussi se développer sur le trajet de l'artère sylvienne. Il y a un autre processus tuberculeux décrit par Ducastel, et cette description répondrait assez bien au cas de notre malade. Il aurait observé des cas d'hémiplégie ayant débuté par le membre inférieur, puis s'étant étendue au membre supérieur. Dans ces cas, il aurait trouvé une lésion du lobule paracentral, consistant en un capuchon épais de produits tuberculeux occupant la face convexe du cerveau et le lobule paracentral : *méningite tuberculeuse du lobule paracentral.*

Il est fort possible qu'il existe chez notre malade une méningite limitée donnant lieu à des convulsions et à des paralysies limitées qui ont disparu avec le processus inflammatoire. Quoi qu'il en soit, nous sommes encore obligés de mettre un point d'interrogation devant la nature de la lésion.

Quant au traitement, *belladone* 30e a été donné à cause de la céphalalgie, et ce médicament a toujours amélioré et diminué la douleur. Nous avons donné *causticum* 30e pour les mouvements hémi-convulsifs : les accès sont plus éloignés ; mais ils se produiront encore : il n'y a pas d'illusion à se faire à cet égard. Enfin, nous avons employé les courants interrompus pour donner un peu de force aux muscles : il y a de l'amélioration, nous continuerons donc avec réserve à employer l'électricité.

La pleurétique, qui est au n° 13 de la salle des femmes et qui était traitée par *aconit*, a fait une rechute. Elle a pris froid il y a quelques jours. Nous avons continué acconit, mais au lieu de l'alcoolature, nous avons prescrit la 1re trituration décimale à la dose de 0 gr. 25 c.; c'est-à-dire 2 centigr. 1/2 de substance. L'amélioration a vite reparu. La température présente de grandes oscillations avec une différence de 1 degré 1/5 entre le soir et le matin, 37° le matin, 38°5 le soir. Chez cette malade, l'épanchement avait refoulé le poumon le long de la colonne vertébrale au lieu de le refouler en haut, comme cela a lieu ordinairement.

Le cœur, qui était fortement dévié vers la droite, a repris sa position normale; l'épanchement est maintenant peu abondant. Ce matin, j'ai donné *cantharis* 3e et j'espère une amélioration rapide.

10e CONFÉRENCE

SOMMAIRE. — Fièvre typhoïde bénigne. — Observation. — Pouls rare avec température élevée. — Terminaison à la fin du second septenaire.

Ulcère simple de l'estomac. — Observation. — *Argentum nitricum*. — Doses.

Pleurésie. — Observation (Suite). — Convalescence.

Endocardite chronique (insuffisance et rétrécissement mitral) — Observation. — Suite de chorée ? — *Digitale*. — Les doses. — Signes de l'insuffisance et du rétrécissement. — Action de la digitale. — Nombre de jours néces-

saires à cette action. —Signes du rétrécissement mitral. — Le bruit de souffle prolongé de la pointe.

Messieurs,

Je vous parlerai d'abord d'un cas de fièvre typhoïde bénigne que nous avons au n° 3 de la grande salle. C'est un homme de 33 ans, garçon d'hôtel, qui est entré le 11 janvier, au 5e jour de sa maladie. Il avait eu, pendant une huitaine de jours, de la céphalalgie, des épistaxis et une lassitude extrême. A son entrée, la température du soir est à 39°, il y a de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, râles sibilants nombreux en arrière, dans presque toute l'étendue des poumons. Il n'a eu que peu de diarrhée ; le 13 janvier, on a trouvé quelques taches lenticulaires sur le ventre. Je n'insiste pas davantage, la marche de la maladie a été des plus simples. Il n'y a eu chez lui rien de bien intéressant si ce n'est le désaccord qu'il y avait entre le pouls et la température. Le pouls présentait cela de remarquable qu'il était peu fréquent alors que la température était assez élevée : ainsi, lorsque la température était de 39°2 il n'y avait que 74 pulsations, et on ne comptait que 60 pulsations alors que le thermomètre marquait 39°4. C'est toujours le signe d'un pronostic favorable lorsque le pouls est peu fréquent quoique la température soit élevée.

Ces fièvres typhoïdes peuvent se terminer à la fin du deuxième septenaire, du 11e au 14e jour. Notre malade en est au 13e jour; il se trouve bien, et de-

mande à manger ; la température est à 36°7 le matin et à 37°6 le soir.

Le traitement n'a rien de particulier : *muriatis acid.* 3e et *belladone* 3e ont fait tous les frais.

Nous avons dans la même salle, au lit n° 14, un cas plus intéressant. C'est un homme de 39 ans, typographe ; le teint est assez bon et pas cachectique. Il est malade depuis cinq ans ; au début, il souffrait légèrement de l'estomac après avoir mangé : plus tard, il a eu des vomissements de sang, nombreux et abondants.

Il était pris après les repas de coliques et de gastralgie violente ; c'est environ une heure après avoir mangé que la douleur atteignait au maximum d'intensité ; elle persistait quelquefois toute la journée et toute la nuit sans rémission.

Ce malade avait été soumis au régime lacté pendant deux mois ; sous l'influence de ce traitement, il avait obtenu une amélioration considérable ; mais ayant laissé ce régime, il a été repris de crampes d'estomac et de vomissements.

A son entrée à l'hôpital, le 11 janvier, un examen sérieux ne révèle aucune trace de tumeur. Le malade éprouve seulement de vives douleurs à l'estomac après avoir mangé, et il a des vomissements alimentaires et brunâtres. Il n'y a pas de perte d'appétit et pas d'amaigrissement notable. On peut donc éliminer l'idée d'un cancer. Nous avons à faire ici soit à un ulcère, soit à une gastrite ; cette dernière affection, supprimée dans les livres, existe cependant chez les malades. Les hématémèses nombreuses

et abondantes permettent de s'arrêter au diagnostic : ulcère de l'estomac, quoique nous n'ayons pas ici les caractères typiques de la douleur de l'ulcère, douleur qui occupe la région épigastrique, le voisinage de l'appendice, xyphoïde qui présente quelques irradiations vers les parties voisines et souvent traverse la base de la poitrine, à la manière d'une flèche, pour retentir dans le point correspondant du rachis. Il est vrai que les symptômes ne sont pas toujours identiquement les mêmes dans la même maladie.

Nous avons donné à ce malade *nux vomica* (12e) et *graphites* (12e); il n'y a eu aucune amélioration. Nous nous sommes alors adressé à un médicament regardé par les deux écoles comme le médicament principal de l'ulcère de l'estomac : le nitrate d'argent, et nous avons prescrit : *argentum nitricum* 3e trit., 20 c. Ce traitement a produit un effet positif ; le malade n'a pas vomi depuis quatre jours. La douleur n'est pas calmée, elle paraît au contraire avoir augmenté. Nous avons diminué la dose et prescrit argentum nitricum à la 12e dilution. Le malade va mieux aujourd'hui. Cette exagération de la douleur était-elle due à une aggravation produite par le médicament ? Cela est fort possible, et c'est pour cela que nous avons changé la dose.

La pleurétique de la salle des femmes, qui avait fait une rechute, va mieux. La fièvre a été enrayée par *aconit* ; puis j'ai donné *cantharis* (3e) ; au bout de trois jours il y a eu une amélioration notable. Elle commence à avoir faim et elle dort bien la nuit. On

commence à la nourrir, d'autant plus qu'elle avait souffert de la faim avant son entrée à l'hôpital. Elle est en ce moment en très bonne voie de guérison.

Passons maintenant à une malade qui est entrée le 11 janvier au n° 14 de la salle des femmes pour insuffisance mitrale et congestion pulmonaire.

C'est une jeune fille, 26 ans ; elle n'a jamais eu de rhumatisme, mais elle a eu la scarlatine et la chorée dans son enfance. Peut-on rattacher les lésions cardiaques à cette dernière affection ? Quoi qu'il en soit, les premiers troubles sont bien éloignés, car vers l'âge de 14 ans elle avait déjà des palpitations violentes et était facilement essoufflée. Il y a deux ans, à la suite de violents chagrins, les palpitations ont redoublé ; un peu plus tard elle s'est aperçue que ses jambes enflaient le soir. Enfin, depuis, les jambes ne désenflent plus et le ventre est également tendu et très douloureux par moments ; cependant, on n'y perçoit pas de liquide. Il y a trois mois elle a commencé à cracher du sang qui était rouge, clair et spumeux au début, et qui maintenant est rouge sombre, presque noir. Il y a chez elle une sorte d'apoplexie pulmonaire, et une lésion de la valvule mitrale.

Dans ces derniers temps, se trouvant plus oppressée, elle fit appeler un médecin qui crut devoir frapper fort et lui fit prendre un gramme et un gramme cinquante centigrammes de feuilles de digitale. Sous l'influence de ce traitement, l'oppression a augmenté, son cœur battait plus violemment et parfois semblait s'arrêter. C'est alors qu'elle est venue à l'hôpital

Saint-Jacques. Voilà donc une expérimentation qui s'est faite en dehors de nous ; l'exagération de la dose du médicament a produit un effet contraire à ce que l'on attendait de lui.

Je n'ai pas donné de digitale parce qu'elle en était saturée : j'ai préféré attendre quelques jours pour permettre l'élimination du médicament.

D'autre part, elle avait une dyspnée énorme, la face était cyanosée et il y avait une toux presque continuelle avec une expectoration abondante de sang noir. Râles sous-crépitants etsibilants très nombreux en arrière dans toute l'étendue des deux poumons. Les urines étaient peu abondantes et les jambes fortement œdématiées.

J'ai prescrit *phosphorus* 6e à cause de l'état du poumon. Le 15 janvier, la dyspnée était bien moins forte et l'expectoration avait considérablement diminué ; mais l'urine était toujours rare, à peine un quart de litre dans les 24 heures J'ai alors donné *digitalis* 1re trit. déc., à la dose de 0 gr. 50 c. Ce n'est que le surlendemain, 17 janvier, que l'effet diurétique a été produit. L'urine est maintenant plus claire et plus abondante. Un litre et demi dans les 24 heures. Hier la malade a pris froid, la toux est revenue, râles sibilants nombreux dans toute la poitrine ; j'ai prescrit *ipeca* 1re trit. déc., 0 gr. 25 c., tout en continuant la digitale.

Quant au diagnostic, il ne présente pas de grandes difficultés. L'auscultation des bruits du cœur révèle un bruit de souffle, à la pointe, suivi d'une sorte de ronflement ou de frémissement cataire. Mais il ne

suffit pas de dire qu'il y a un bruit de souffle à la pointe, il faut encore savoir à quel temps, pour reconnaître s'il s'agit d'une insuffisance mitrale ou d'un rétrécissement. Il s'agit ici d'une insuffisance mitrale, car on trouve au premier temps à la pointe un bruit de souffle bien net, suivi pendant la diastole d'un bruit de ronflement. Le bruit de souffle au premier temps indique une insuffisance de la valvule mitrale : il indique que cette valvule ne ferme pas exactement et permet le retour d'une certaine quantité de sang dans l'oreillette. Le bruit de ronflement que l'on entend indique un rétrecissement mitral. Dans le rétrecissement le sang est gêné pour passer de l'oreillette dans le ventricule ; ce passage ne s'effectue pas librement : aussi le bruit se produit pendant la diastole et précède la systole ventriculaire. On l'appelle *bruit présystolique* et bruit prolongé de la pointe lorsque le souffle dure jusqu'au moment où se produit la systole. Le pouls est petit et inégal, mais ne présente pas d'intermittences.

A ces signes de rétrécissement et d'insuffisance viennent se joindre des symptômes engendrés par cette lésion. Il y a d'abord hypertrophie du ventricule gauche et dilatation de l'oreillette.

En effet, le sang, gêné dans son cours et refluant dans l'oreillette, s'y accumule et la distend : les veines pulmonaires se dégorgent plus dificilement dans cette oreillette obstruée et le sang est stagnant dans les capillaires du poumon. L'artère pulmonaire rencontrant les capillaires du poumon gonflés ne peut

[illegible] reverser son contenu, sa propre [illegible] et par suite, celle du ventricule [illegible] droite. Cette congestion pas- [illegible] explique les hémoptysies abon- [illegible] que l'on a observées chez notre [illegible] mitrale entrave donc de proche [illegible] dans tout son ensemble. En [illegible] une lésion valvulaire, à moins qu'elle [illegible] compensée, a pour effet d'éle- [illegible] dans les vaisseaux situés [illegible] et de l'abaisser dans les vais- [illegible] Ce qui, en définitive, revient à [illegible] les lésions valvulaires non compensées [illegible] dans les veines et l'abaissent [illegible] La gêne de la circulation dans la [illegible] se traduit par l'œdème, des [illegible] des cirrhoses hépatiques et [illegible] etc.

[illegible] peu de chose du côté du foie, et le [illegible] et tendu, ne révélait pas d'as- [illegible] les reins, il y avait un état conges- [illegible] une diminution considérable dans [illegible] ne.

[illegible] la digitale a eu pour effet de [illegible] l'urine a d'abord été éclaircie, [illegible] avenue plus abondante. En ne considé- [illegible] diurétique, la digitale, en augmen- [illegible] l'urine, diminue la quantité de [illegible] le système veineux et par con- [illegible] à tension et rétablit l'équilibre, [illegible] au poumon et des membres.

La digitale se trouve indiquée chaque fois que l'énergie cardiaque et, par suite, la pression artérielle sont abaissées. Les battements du cœur reprennent leur régularité et leur force, le pouls se ralentit, il devient plus fort et plus régulier, la quantité d'urine s'accroît. Ces divers faits doivent être attribués à l'augmentation de la contraction cardiaque et à l'élévation de la pression artérielle ; c'est ainsi que la digitale produit ses effets diurétiques.

Je vais revenir sur les signes du rétrécissement mitral.

Dans le rétrécissement, il y a obstacle au passage du sang de l'oreillette gauche dans le ventricule correspondant, et ce passage s'effectue pendant la diastole. D'interminables discussions se sont élevées au sujet du souffle produit par le rétrécissement mitral. Hérard admet qu'il peut être systolique, présystolique ou diastolique et même qu'il peut manquer complètement, surtout chez le vieillard. Le plus souvent, il y a à la fois rétrécissement et insuffisance, et cette lésion a pour caractère diagnostique principal *le souffle prolongé* de la pointe.

D'après Duroziez, le souffle prolongé de la pointe se compose en réalité d'une série de bruits morbides dont il a donné une notation légèrement modifiée par Raynaud.

C'est d'abord un bruit de roulement résultant du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, sous l'influence de la seule *vis a tergo* ; ce roulement est diastolique. Puis c'est le souffle présystolique se produisant au moment où le passage du sang est

activé par la contraction de l'oreillette, le coup de piston de l'oreillette ; puis c'est le souffle systolique résultant du reflux du sang dans l'oreillette au moment où le ventricule se contracte. Enfin, quelquefois le deuxième bruit normal se dédoublerait par suite de la différence que la lésion mitrale établit, entre la tension du sang contenu dans l'aorte et celui que renferme l'artère pulmonaire.

Ici ce dédoublement du deuxième bruit n'existe pas.

Ce sont des choses encore bien discutées, bien contestées et peu claires, et cette question doit être bien étudiée.

Pour les besoins du diagnostic et de la pratique ordinaire, il suffit d'avoir quelques indications précices et nettement gravées dans l'esprit et surtout dans l'oreille. Je vais vous les esquisser à grands traits.

L'insuffisance mitrale classique, la plus commune, est caractérisée par un bruit de souffle qui ne manque jamais.

Ce bruit est au premier temps et a son maximum d'intensité à la pointe du cœur, un peu en dehors du mamelon.

Le frémissement cataire est un signe d'insuffisance et de rétrécissement.

Dans le retrécissement, le souffle est présystolique avec bruit de ronflement pendant la diastole.

Dans l'insuffisance, le souffle se produit pendant la contraction du ventricule ; il est systolique.

Ces signes vous permettront toujours de reconnaître une lésion mitrale et de la distinguer des autres lésions valvulaires.

REVUE MENSUELLE

Octobre 1886.

Tétanos.— Le Congrès français de chirurgie a tenu sa deuxième session à Paris, du 18 au 23 octobre 1886. Je n'en parlerais pas, reconnaissant mon incompétence, même pour l'analyser, je n'en parlerais pas si cette session ne devait marquer, comme une des plus grandes dates, dans l'histoire de la Pathologie générale. La question de l'origine équine et de la nature infectieuse du tétanos a été posée par l'infatigable professeur M. Verneuil, dans la *Gazette Hebdomadaire* le 10 septembre dernier. « Peu partisan jadis de la théorie infectieuse du tétanos, bien qu'elle fût patronnée par de grands chirurgiens comme Lister, Billroth, Rose, etc., je tends de plus en plus, dit M. Verneuil, à m'y rallier. » Ce n'est pas assez : M. Verneuil ne se contente pas de se rallier à la théorie infectieuse du tétanos ; il la pousse à ses dernières limites ; une observation de M. Larger a fait germer dans son cerveau une hypothèse qui ne conduit à rien moins qu'à admettre l'*origine équine du tétanos de l'homme*.

Le germe de l'hypothèse prend corps, se développe, devient adulte, et le voici paradoxe !

La spore, c'est l'observation de M. le docteur Larger, le fait initiateur, selon l'expression de M. Verneuil. Résumons la relation de M. le docteur Larger. Le tétanos équin, il le reconnaît, n'a jamais été très rare à Achères. Mais, de mémoire d'homme, le tétanos humain n'y a jamais été constaté avant 1885.

En 1871, un cheval succombe au tétanos dans l'écurie de M. P... En 1881, un second cheval est atteint de tétanos dans la même écurie. Quatre ans après, le 5 octobre 1884, Mme P. tombe dans la cour qui sépare l'écurie de l'habitation ; elle se blesse au coude ; la plaie se cicatrise vite ; mais, cent trente jours après la chute, le 15 février 1885, Mme P. est prise de tétanos.

« Donc, dit M. Verneuil, pour accepter l'origine équine dans ce cas, il faut admettre que le virus tétanique du dernier cheval s'est répandu dans la cour voisine de l'écurie et qu'il y a gardé sa puissance pendant quatre années, au bout desquelles, inoculé dans la plaie du coude, il y est resté latent pendant quatre mois et demi, malgré la cicatrisation. » A cela, rien de surprenant, continue M. Verneuil, puisque, « de 1871 à 1881, le virus tétanique du premier cheval a infecté l'écurie et y a gardé assez d'activité pour infecter le second cheval ».

Tout cela est clair pour M. Verneuil, évident même. En effet, pour la latence du virus dans le sol de la cour, elle ressort des expériences de Nicolaïer. Celui-ci n'a-t-il pas démontré que la terre des rues et des champs, à plus forte raison celle des cours,

inoculée à des animaux, donne à ceux-ci une sorte de tétanos, tandis que la terre des jardins et des forêts est inoffensive ? Très bien ; mais pour que le virus ait été déposé dans le sol de la cour, il faut : ou qu'on y ait promené les chevaux tétaniques, le premier en 1871, le second en 1881, ce qui n'est guère probable, ou que le virus y ait été transporté et incorporé par l'air ; dans tous les cas, qu'on n'ait ni balayé, ni arrosé cette cour, ni changé le pavé, ni relevé son aire, ce qui est encore moins probable. M. Verneuil n'a que faire de ces détails ; *de minimis non curat Professor.*

Il va de l'avant. — Selon lui, l'imprégnation du sol de la cour par le virus tétanique n'est-elle pas identique à l'imprégnation du sol par le virus charbonneux mise en évidence par M. Pasteur ?

« Quant à la longue incubation du tétanos et à la latence prolongée du virus dans la plaie du coude, dit M. Verneuil, elles ne sont pas plus singulières que ces incubations illimitées du virus rabique, qui, lui non plus, n'empêche pas la cicatrisation des plaies. » Oh ! oh ! si l'incubation rabique est illimitée, pour les sujets inoculés préventivement par M. Pasteur, toute quiétude disparaît, et l'appréciation de ces inoculations antirabiques, quant à leur valeur réelle, est indéfiniment ajournée. On peut s'en rapporter à M. Pasteur pour la réplique.

Pour achever sa démonstration, M. Verneuil invoque la statistique. D'après les chiffres réunis par un chirurgien militaire distingué, M. le docteur Régnier, le tétanos est plus fréquent dans la cavalerie et dans

l'artillerie que dans l'infanterie. M. Verneuil a interrogé deux chirurgiens de marine ; ceux-ci ne se rappellent pas avoir vu un seul cas de tétanos développé à bord.

Je n'ai pas cru devoir mentionner la communication de M. Verneuil dans les nouveautés de septembre. Je m'étais contenté d'en prendre note, l'inscrivant comme le nec plus ultra de l'étiologie microgénique. Connaissant les tendances de la médecine moderne comme je les connais, depuis trop longtemps, hélas ! j'aurais dû signaler, et la conversion éclatante, et la thèse hardie de M. Verneuil comme devant avoir un immense retentissement. Tout d'abord l'appel, adressé par M. Verneuil aux médecins et aux vétérinaires, est entendu.

MM. les docteurs Legras, de Dompaire (Vosges), Romain, de Teniet-el-Haad (Algérie) et Ricochon, de Champdeniers, y répondent sans retard. Les deux premiers citent des cas de tétanos développés à la suite de différentes blessures : piqûres par des épines ou des clous de fer à cheval ; fracture comminutive ; plaie contuse ; plaie par morsure de cheval.

Sur huit mulets castrés dans la même séance, M. Ricochon en a vu six atteints de tétanos. Il s'efforce d'établir que la maladie ne peut être attribuée ni à la contagion d'un mulet à l'autre, ni au refroidissement, ni à la transmission par la paille ayant servi de litière, mais bien exclusivement au sol recéleur du virus. Quant à la durée de l'incubation, elle a été de trois et de cinq jours dans deux cas, de six à huit

jours dans les quatre autres. Quatre ans après, dans une ferme voisine de celle où la castration des huit mulets avait été pratiquée, le fermier reçoit, sur la racine du nez, un coup violent porté par l'angle de la mâchoire d'une jument. Pas de plaie extérieure ; un peu d'écoulement de sang par le nez, et, le quatrième jour, le tétanos se déclare. Un cocher est renversé de son siège ; il tombe au milieu de ses chevaux qui s'abattent ; il se fait, à la racine du nez, une petite excoriation ; il continue à soigner ses chevaux dans une écurie neuve où il n'y avait jamais eu de cas de tétanos, et, huit jours après, il a le trismus dont il meurt.

Un fermier est renversé sous son cheval ; il se fait une fracture comminutive de la malléole interne, avec issue des fragments. Le surlendemain il prend le tétanos et il meurt.

Un maréchal-ferrant s'écrase deux doigts dans son atelier. Un tétanos mortel se déclare au bout de huit jours. L'ouvrier n'avait eu aucun contact avec les animaux de la localité, distante de trois kilomètres, où les mulets avaient été castrés.

M. Ricochon veut bien reconnaître que, dans ces quatre derniers cas, la contamination directe des chevaux aux hommes n'est pas évidente, les chevaux n'ayant pas le tétanos et le maréchal n'ayant été en rapport avec aucun cheval tétanique. Mais le virus tétanique est dans le sol ; il est transporté par l'air ; il s'accroche à certains objets, et, ceux-ci, à un moment donné, devenant des corps vulnérants, l'inoculent dans la blessure. Le cheval, le mulet, toujours

d'après M. Ricochon, sont les meilleurs terrains de culture du germe tétanique. L'organisme de ces solipèdes exalte la propriété virulente de ce germe et le rendent plus dangereux pour l'homme. De là la plus grande fréquence du tétanos chez les personnes en relation avec les chevaux et les mulets. (*Gazette Hebdomadaire*, 22 octobre 1886.)

Telles sont les hypothèses par lesquelles M. le docteur Ricochon prétend appuyer et corroborer celle de M. Verneuil.

Il faut que le virus tétanique pénètre profondément dans le sol et ne s'accroche pas bien aux objets pour qu'il n'y ait eu aucun cas de tétanos équin dans l'écurie de M. P. de 1871 à 1881, aucun cas de tétanos, chez l'homme, dans le village d'Achères de 1871 à 1885.

Beaucoup moins prompt à se rendre, le docteur O. Saint-Vel, successeur de Rufz, de Lavison à la Martinique, fait des objections sérieuses. Sans parler de la fréquence du tétanos en Océanie, où sur un grand nombre d'îles, le cheval est inconnu, il cite un très grand nombre de cas de tétanos à bord des navires et en dehors de toute influence équine.

Le plus intéressant est celui-ci : En 1781, en pleine mer, sur la gabarre *la Seine*, montée par La Pérouse, un matelot se blesse, en travaillant. Il est pris de tétanos. Pendant un combat contre des navires mahrattes, on l'enferme dans la cale en fermant sur lui les écoutilles. Quand on le retira, quatre heures après, de ce milieu étouffant, il était baigné de sueur, d'une faiblesse extrême, mais parfaitement guéri. Dans la

genèse du tétanos, M. O. Saint-Vel signale le rôle du refroidissement. (*Gazette hebdomadaire*, 15 octobre 1886.)

M. le docteur Ricochon répond : les tétaniques à bord ont contracté leurs blessures à terre ; sinon ils ont reçu les vents de la côte. (Id., 22 octobre 1886.)

Le virus tétanique voltige comme la plume au vent. Mauvais vent !

Ainsi préparée par la presse, la discussion s'ouvre au Congrès de chirurgie, dans la séance du 18 octobre 1886.

Le docteur Vaslin a vu le tétanos éclater, à la suite d'une émotion violente, chez un enfant de onze ans, le lendemain d'une fracture de la cuisse convenablement réduite et d'une désarticulation du genou.

Le docteur Balestreri, de Gênes, persiste à regarder le tétanos comme une névrose, toutes les médications basées sur la nature infectieuse de la maladie étant toujours restées stériles.

M. Thiriar, de Bruxelles, croit à la nature *contagieuse* du tétanos. La durée d'incubation étant toujours identique ou à peu près, de cinq à six jours, lui paraît d'accord avec l'idée d'une *infection*. Mais, malgré les épidémies observées par lui à Nivelles et à Waterloo, il ne se prononce pas sur le point de savoir si le virus vient ou non du cheval.

D'après M. Maunoury, de Chartres, la contagion est inadmissible. Sur cent cinquante cas de tétanos survenus chez des chevaux et des vaches, aucun des vétérinaires qui les ont soignés, n'a souvenir

d'avoir soigné deux animaux atteints de tétanos dans la même ferme.

M. Maunoury redoute bien plutôt l'action du froid que la contagion.

M. Doyen, de Reims, est partisan convaincu de la théorie microbienne. Dans un cas où il a fait l'autopsie, la culture des bourgeons charnus de la plaie et des centres nerveux lui a décélé la présence de nombreux staphylococci non réunis en chapelet. La culture des nerfs a été stérile. Cela tient, selon lui, à ce que les staphylococci ont *sans doute* filé le long des gaines pour gagner les centres nerveux, suivant un processus bien connu en bactériologie.

Reste à savoir si le staphylococcus de M. Doyen est identique au microbe de Nicolaïer.

A Bombay, le tétanos est endémique et, quelquefois, épidémique. Il éclate souvent chez des sujets ne présentant aucune solution de continuité, aucune porte d'entrée aux germes.

Aussi M. le docteur Blanc croit-il profondément à ces germes. Partisan, toujours et quand même, de l'étiologie aquatique, il affirme que partout, comme à Bombay, on boit le tétanos comme on boit le choléra.

Suivant M. le docteur Larger, deux ouvriers habitant la même chambre, s'étant blessés et ayant été atteints de tétanos, à plusieurs années de distance, il y a eu *contagion* évidente.

M. Verneuil met un terme à cette confusion étiologique en reproduisant ses arguments à l'appui de l'origine équine du tétanos et de sa nature infectieuse

du cheval à l'homme et de l'homme à l'homme. Il engage les vétérinaires à étudier le tétanos chez l'homme et les médecins à l'étudier chez les animaux. Il ne doute pas que cette association ne soit féconde en résultats importants. (*Union médicale*, 22 octobre 1886.)

Mêmes incertitudes et mêmes contradictions sur le traitement. On connaît celui de M. Verneuil : Isolement, obscurité, chloral et morphine. M. Vaslin, d'Angers, et M. Borier de Marseille, citent chacun une guérison due à ces moyens. M. Thiriar est encore indécis. Dans quatre cas, il a eu quatre décès par quatre médications différentes : chloral et morphine ; cocaïne et morphine ; chloral, chloroforme, laudanum et morphine ; enfin pilocarpine.

M. Balestreri, de Gênes, a obtenu trois guérisons, chez trois tétaniques par l'émétique à doses croissantes de 5, 10, 20, 30 et même 40 centigrammes.

M. Blanc, de Bombay, se déclare complètement sceptique.

De cette discussion et de ses prolégomènes il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° Les artilleurs et les cavaliers sont, bien plus que les fantassins, exposés aux blessures faites par le cheval, morsures ou coups de pied, ou même à être piqués par les clous du fer Verneuil, Romain, Legros, Ricochon).

2° Les marins sont bien plus exposés, à bord, à être piqués par les clous du navire que par des clous de fer à cheval (O. Saint-Vel).

3° Pour éviter les piqûres par clous de fer à che-

val ou autres, échardes, épines, morceaux de verre ou de poterie, cailloux pointus, etc., il faut ne marcher à pieds nus, ni dans une écurie, ni dans une cour, ni sur la route, ni sur le parquet d'un navire ou d'un appartement, ni dans les champs, en un mot nulle part.

4° En cas de blessure, fracture comminutive, surtout avec issue de fragments, plaie à la suite d'une opération, il faut épargner avec soin au blessé toute émotion (Vaslin) et même le moindre refroidissement (Maunoury, O. Saint-Vel).

5° Si le virus tétanique est porté par les vents, répandu dans l'air (Ricochon) et dans l'eau (Blanc), il faut se mettre à l'abri du vent tétanique, même ne pas respirer pour ne point aspirer le fatal virus, ne pas boire d'eau pour ne pas l'avaler.

6° Si le virus tétanique est caché dans le sol (Verneuil, Ricochon), il faut se garer des chutes, avec autant et plus de précautions que des piqûres, surtout à Paris où les chevaux existent et circulent en si grand nombre.

7° Un blessé ou un opéré, s'il n'a pas le tétanos après six ou huit jours (Thiriar, Ricochon) peut s'en croire préservé ; mais il restera sous l'appréhension si le virus reste latent quatre mois et plus au fond de la plaie (Verneuil).

8° Si le virus tétanique reste latent et conserve sa funeste activité pendant une durée indéfinie, dix ans au moins, dans l'atmosphère d'une écurie (Verneuil), d'un appartement ou d'une chambre (Larger), il en est probablement de même des virus typhique, morbil-

leux, scarlatineux, diphthérique, variolique, syphilitique ou rabique. Donc il ne faut pas louer un appartement dans lequel s'est produit, depuis moins de dix ans, un cas d'une maladie infectieuse, zymotique ou virulente, n'eût-il pas été suivi de décès.

9° La vie sous la tente ou en plein air ne mettant pas à l'abri du danger, il ne reste plus qu'à se couvrir du masque de M. Paul Bert ou à respirer au moyen de l'appareil inventé, je crois, par M. Pasteur pour la mission d'Egypte.

De ces conclusions, les unes sont sérieuses ; elles sont fournies par la clinique et d'une évidence telle que, depuis longtemps, on les tient pour vérités de M. de la Palisse. Les autres sont naïves ; mais, par une logique inflexible, elles aboutissent à l'absurde, conséquence forcée de l'étiologie microgénique. Quelques expérimentations physiologiques présentent, pour nous, beaucoup plus d'intérêt.

Atropine. — M. Skinner a expérimenté en injections sous-cutanées et intra-veineuses la cocaïne seule, puis associée à l'atropine. Un mélange d'atropine et de cocaïne a suspendu complètement la sécrétion salivaire. Or, M. Vulpian ayant démontré les propriétés sialagogues de la cocaïne, il s'ensuit, d'après M. Skinner, que l'atropine, non seulement neutralise l'action sialagogue de la cocaïne, mais encore, par son action propre, arrête la sécrétion salivaire. (*Union médicale*, 5 octobre 1886.)

Notre matière médicale pure indique comme phénomène pathogénétique de la belladone : « Sensation d'une grande sécheresse ou sécheresse réelle, exces-

sive, étouffante, dans la bouche. » C'est bien là la suppression de la sécrétion salivaire.

Lobelia inflata. — Des expériences de M. S. Afanasieff sur ce médicament, voici la plus remarquable : L'injection de 35 centigrammes de teinture de *lobelia* dans le sac fémoral de la grenouille, *ralentit* les mouvements du cœur, en *affaiblit* les pulsations et abolit la coordination des contractions des parois de ses cavités. Finalement l'organe s'arrête en diastole. Une dose moyenne les *augmente* temporairement pour les *ralentir* ensuite, tandis qu'une très minime dose de 5 milligrammes d'extrait de *lobelia* provoque l'*augmentation* durable de leur fréquence. (*Gazette hebdomadaire*, 1er octobre 1886.)

Huile lourde de vin. — M. H. Hare donne ce nom à un des produits de la distillation de l'alcool sur l'acide sulfurique en grand excès. Il prétend que ce produit entre dans la liqueur d'Hoffmann, ce dont je ne me doutais pas. Quoi qu'il en soit, M. Hare constate que les doses faibles de cet agent *augmentent* la fréquence du pouls, tandis que les doses élevées la *diminuent*. Les premières *accroissent* en violence l'impulsion cardiaque, et les secondes la rendent *plus faible*. (*Id. Id.*)

Nicotine. — M. Schnez trouve que la *nicotine* à petites doses est un *excitant*, à forte dose un *paralysant* des centres automatiques de l'estomac.

Ergot de seigle. — M. Kobert, de Strasbourg, a trouvé dans l'ergot trois principes actifs : l'acide ergotinique, l'acide sphacélinique et la cornutine. Le premier, injecté sous la peau, à des grenouilles, pro-

duit graduellement des effets narcotiques, la perte de l'action réflexe et l'arrêt de la respiration. Comme c'est un glucoside, il se change, dans le canal alimentaire, en une substance inerte. Il est sans action sur l'utérus.

L'acide sphacélinique est l'agent des gangrènes qu'il détermine invariablement chez les cobayes et les poules. Il enflamme les diverses glandes de l'appareil digestif, particulièrement les follicules de Peyer, comme dans la fièvre typhoïde. M. Kobert explique, par son action vaso-motrice, ses effets sur l'utérus, les accidents gangreneux et paralytiques, consécutifs à l'emploi de seigles avariés, ou de doses trop élevées de seigle administrées dans un but de thérapeutique. (*France Médicale*, 2 octobre 1886.)

Certes, M. Duboué, de Pau, quand il a préconisé l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde ne se doutait pas qu'à bref délai un expérimentateur consciencieux mettrait en évidence l'action homœopathique du médicament.

Ainsi l'expérimentation de chaque jour vient confirmer, et la loi des indications ou de similitude, et la loi des actions, ou l'antagonisme d'action entre les doses élevées et les doses faibles du même médicament.

Tannin. — M. Duboué, de Pau, emploie le tannin à des doses variant de 20 ou 30 centigrammes à 10 et même douze grammes par jour, dans un grand nombre d'affections. Il le conseille principalement dans les inflammations des séreuses et des muqueuses. « Sur 94 cas d'affections diverses que j'ai traitées par

le tannin, dit-il, 16 ont présenté une extrême gravité. Sur ces 16 derniers, 8 appartiennent à la pleurésie purulente, 2 à la pelvi-péritonite, 1 à la périti-phlyte, 1 à la péritonite puerpérale, 1 à la méningite cérébro-spinale, 1 au rhumatisme cérébral, 1 à la pneumonie-double et 1 à l'étranglement interne. En ne tenant compte que de ces seize *cas très graves*, j'ai eu 5 cas de mort, dont 3 de pleurésie purulente, 1 de pelvi-péritonite et 1 d'étranglement interne.

Dans trois cas de la plus haute gravité, une méningite cérébro-spinale, une pneumonie double, un rhumatisme cérébral, le tannin a fait disparaître le délire en quelques heures, et ces trois cas se sont terminés par la guérison. » (*France Médicale*, 14 octobre 1886.

Ce sont là, on ne peut le nier, des résultats cliniques remarquables. Nous désirons ardemment qu'ils soient confirmés par des observations plus nombreuses et nous ne doutons pas qu'alors l'expérimentation physiologique ne vienne les justifier rationnellement. Déjà M. Duboué a vu les phénomènes produits par le tannin chez l'homme en santé, constipation, troubles digestifs, diminution des urines et des sueurs, être remplacés chez les malades par des effets diamétralement opposés : facilité des garde-robes, réveil ou augmentation de l'appétit, sueurs et urines plus abondantes. Enhardi par ses succès, l'éminent praticien prévoit l'utilité du tannin dans quelques maladies où prédominent les desquamations épithéliales et en particulier dans le choléra asiatique.

Phosphates de chaux. — Il y a un mois, je signa-

lais la réaction commencée contre les phosphates de chaux. Voici un accident dû à leur emploi, rapporté par le Dr Arnozan dans le *Journal de médecine de Bordeaux*. Un enfant de quatorze ans, ne présentant aucune prédisposition héréditaire à la gravelle, est affecté d'une coxalgie. Pendant six mois, il prend, chaque jour, deux cuillerées à soupe de la solution Coirre au chlorhydro-phosphate de chaux. Surviennent alors trois coliques néphrétiques à quelques jours d'intervalle. Plusieurs graviers sont rendus, dont un, gros comme une graine de chanvre. Ce dernier gravier est analysé ; il est exclusivement composé de phosphate de chaux. Trois mois après l'abandon du médicament, les coliques néphrétiques ne s'étaient pas reproduites. (*France Médicale*, 16 octobre 1886.)

Le rédacteur se demande simplement si l'examen de l'urine des malades soumis à l'usage des phosphates ne pourrait indiquer le moment précis où la médication doit être suspendue. Moi, je vais plus loin ; de deux choses l'une : ou les phosphates sont inutiles ; alors il ne faut pas les prescrire ; ou ils sont utiles, et il faut les prescrire à des doses thérapeutiques, non pathogénétiques.

Graines de Bonduc. — C'est le seul médicament nouveau que je trouve dans les recueils de médecine, en octobre. Les graines de Bonduc ou Cuiquiers sont fournies par deux végétaux exotiques appartenant à la famille des légumineuses-cisalpinées, *Guilandia Bondicella* et *Cæsalpinia Bonduc*. MM. Ed. Heckel et F. Schlagdenhauffen en ont retiré un

principe doué d'une amertume franche et d'un goût de légumine crue. Essayée par M. Isnard, cette substance paraît, à la dose de 10 à 20 centigrammes, agir contre les fièvres intermittentes, avec autant de sûreté que les sels de quinine. Ainsi se trouveraient confirmées les propriétés fébrifuges attribuées aux graines de Bonduc, dans les régions intertropicales. (*Revue médico-chirurgicale*, 1er octobre 1886.)

Pain-expeller. — C'est une composition tudesque, très en vogue en Allemagne et en Amérique, dont l'importation en France est à redouter, en raison de l'engouement contemporain pour les préparations exotiques. Le docteur Meschede rapporte un cas d'empoisonnement produit par cette substance, chez une femme : gastralgie violente, crachements de sang et tous les phénomènes produits par l'ammoniaque. Le *pain-expeller* paraît être composé de : Teinture de *capsicum* 25 parties ; alcool étendu, 20 parties ; ammoniaque 20 parties. (*Gazette hebdomadaire*, 8 octobre 1886.)

Ortie hémostatique. — Plusieurs journaux français empruntent gravement à un journal anglais la réhabilitation de l'*urtica urens* comme hémostatique. Après le Dictionnaire de Mérat et Delens, après le *Traité* plus récent de Cazin, on est vraiment surpris de voir donner presque comme des nouveautés de véritables lieux communs de la thérapeutique empirique.

Cocaïne. — Le chlorhydrate de cocaïne paraît avoir une action marquée pour combattre les vomissements d'origines diverses. En août dernier, notre

jeune et distingué confrère, le docteur Gabalda, citait, dans l'*Art médical*, les succès obtenus par le docteur Manassein, de St-Pétersbourg, dans le mal de mer. Le sel de cocaïne, à la dose de 15 centigrammes dans 150 grammes eau et 95 grammes alcool, par cuillerées à café toutes les deux ou trois heures, agit, d'après le docteur Manassein, non seulement comme prophylactique, mais encore comme curatif.

La même solution, mais sans alcool, a déjà été employée utilement en 1884, par Weiss, contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Weiss donnait une cuillerée à café toutes les deux heures. Engelmann et Holz font usage d'une solution à 3 % ou à 10 %, dont ils donnent de 10 à 30 gouttes par jour contre les mêmes vomissements. Le docteur Bois (d'Aurillac) applique sur le col de l'utérus une pommade contenant un centigramme de chlorhydrate pour 50 grammes de vaseline. Si les solutions de cocaïne ne sont pas tolérées par l'estomac, M. Fraipont les remplace par l'injection, sous la peau de l'épigastre, d'une seringue entière de Pravaz, la solution étant à 4 %. (*Union médicale*, 2 octobre 1886.)

Térébène. — Si vous êtes tenté, d'après les conseils du docteur J. Hutchinson, d'employer huit à dix gouttes de térébène, contre l'emphysème ancien avec toux rebelle, gêne respiratoire, insomnie et troubles généraux, n'oubliez pas que vous pourrez produire des troubles gastriques, de la diarrhée, de l'assoupissement et des vertiges. (*Gazette Hebdomadaire*, 1er octobre 1886.)

Naphtaline. — M. Koriander la vante comme un puissant anthelmintique pour chasser les ascarides et les lombrics. Plus que probablement, mêmes inconvénients que ceux de la térébène. (Id. Id.)

Permanganate de potasse. — Autre importation. Elle nous vient de Russie, toujours et encore plus du Nord. D'après le docteur A. A. Züboff, une solution de dix grammes de permanganate de potasse pour trente grammes d'eau, en compresses renouvelées fréquemment est un excellent topique pour les brûlures au 1er et au 2me degré. Les mêmes lotions sont très utiles dans les gelures au 1er degré. Elles sont moins utiles dans les brûlures au 2me degré. Elles font promptement disparaître la douleur et favorisent la cicatrisation. (*France médicale*, 12 octobre 1886.)

Résorcine. — Je fais de prudentes réserves sur les applications externes de la résorcine dans l'eczéma et dans l'érysipèle. C'est dans l'eczéma principalement que le docteur Wiss utilise la résorcine. En poudre, il la mélange dans la proportion d'un dixième avec la poudre de riz. En solution, il la mêle dans la proportion d'un à deux tiers avec l'huile d'olive, ou au cinquième avec la glycérine. En pommade il l'incorpore à la vaseline, un ou deux grammes de résorcine pour vingt grammes de vaseline. (*France médicale*, 5 octobre 1886.) Je ne redoute pas les effets toxiques de la résorcine, comme ceux de l'iodoforme sur les plaies ; mais je crains ses effets métastatiques, plus lents dans l'eczéma, plus brusques dans l'érysipèle.

Œufs de poissons.—A propos d'effets toxiques, passons des médicaments aux aliments. Dans une note, lue à la Société de biologie, M. J. Belin, interne des hôpitaux, rapporte l'observation d'un empoisonnement par les œufs de harengs, heureusement combattu. M. Belin rappelle tous les travaux qui ont été publiés sur les accidents semblables produits par les œufs d'esturgeon. D'après M. Gaucher, les œufs de barbillons sont loin d'être inoffensifs. Le fait le plus curieux, mentionné par M. Belin, est celui que Goertz a relaté en 1883. Dans une même famille, trois personnes, ayant mangé des poissons frais œuvés, furent prises de symptômes d'empoisonnement. Les autres personnes de cette famille qui avaient préféré les poissons laités, n'eurent aucun mal. D'où M. Belin conclut que, par mesure de précaution, il faut faire jeter les œufs de tous les poissons servis sur la table. (*France médicale*, 21 octobre 1886.)

Microbiologie. — La microbiologie ou bactériologie n'a d'applications utiles, si elle en a, qu'en histologie pathologique ou en histoire naturelle. Jusqu'à présent ses découvertes n'ont fait qu'augmenter la confusion et les incertitudes.

Tuberculose et scrofulose. — Les bactériologistes sont loin de s'entendre sur la tuberculose et la scrofulose. Les uns affirment l'identité de ces deux affections ; les autres distinguent nettement l'une de l'autre. Pour M. Bouchard, la démonstration de la spécificité de la scrofulose n'est pas encore faite. Les microbes ne lui appartiennent pas en propre. Ils

sont plutôt de ceux qui vivent normalement en nous et n'attendent qu'une débilitation de l'organisme pour produire en quelque sorte des accidents ou des infections secondaires. La scrofule constitue en réalité bien plutôt une prédisposition morbide, un terrain favorable. — C'est le cas de dire : grattez, le microbiologiste et le pathologiste reparaît.— D'après M. Verneuil, de nombreuses inoculations d'impétigo ont été sans résultats.

MM. Boucheron et Duclaux, en injectant dans les veines des lapins des produits de scrofulides bénignes, ont produit de nombreuses lésions rappelant les accidents de la scrofulose interne, déjà notés en clinique. (*Gazette hebdomadaire*, 27 août 1886). M. S. Arloing, au contraire, a montré, dès 1884, que le tubercule pulmonaire infecte le cobaye et le lapin, tandis que la scrofulose ganglionnaire vraie ne produit point de lésions viscérales sur ce dernier animal. D'où il suit que, si les deux processus dérivaient d'un seul agent, l'activité de celui-ci serait considérablement atténuée dans la scrofulose. Depuis, M. S. Arloing s'est livré à de nouvelles expériences. Il a reconnu que l'organisme du cobaye augmente la virulence de la tuberculose par le passage dans deux générations successives ; ce passage ne semble, au contraire, exercer aucune influence sur le virus de la scrofulose ganglionnaire. « Ce fait, dit M. S. Arloing, mérite d'être pris en sérieuse considération, à une époque où l'en tend à confondre la tuberculose et la scrofulose. Il justifie, une fois de plus, la différence que nous avons établie expérimentalement

entre ces deux états morbides.» (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 27 septembre 1886.)

Après cela, les tenants de l'identité invoqueront la présence *certaine* des spores du bacille tuberculeux, dans le pus ou dans la sérosité des abcès ou des ulcères scrofuleux. Puis, avec l'atténuation ou le renforcement de la virulence, à volonté, avec le transformisme des organismes microbiques, ils expliqueront les faits les plus contradictoires.

Microbes-médicaments. — MM. Louis Olivier, A. Certes et Garrigou ont soumis à l'Académie des sciences les résultats de leurs recherches sur la présence d'organismes vivants dans les eaux sulfureuses froides et chaudes. Dans les sources froides M. L. Olivier a trouvé des *Leptothrix*. Il a constaté que des granules de soufre amorphe garnissent leurs cellules et remplissent leur plotoplasma. Dans les sources chaudes (César 48°, Mauhourat 50°) se rencontre une infinité de *bacillus* d'une extrême finesse, quelques-uns tellement punctiformes qu'on les prend pour des *micrococcus*. Plusieurs, plus allongés, ressemblent à des *bacterium*. Tous ces microzoaires sont réunis en zooglées, par un mucilage contenant des parcelles minérales et des cristaux de soufre. A mesure que, dans les conduites et les réservoirs, la température de l'eau s'abaisse, les bâtonnets s'allongent ; ils ressemblent d'abord à des tronçons de *Leptothrix* ; puis, après quelques jours, ils deviennent de vrais *Leptothrix*.

L'eau des griffons est très riche en matière orga-

nique dissoute ; elle apporte donc des matériaux de nutrition aux proto-organismes.

MM. A. Certes et Garrigou n'ont point vu d'organismes rudimentaires à une température de 64° ; ils ne les ont vus apparaître qu'à une température de 50°. Comme MM. Planchud, Etard, L. Olivier, MM. Certes et Garrigou pensent que les microbes exercent une action sur la composition minérale des eaux, en réduisant les sulfates et en accumulant le soufre métalloïdique. (*Comptes rendus hebdomadaires*, 27 septembre et 18 octobre 1886.)

Variole; *Traitement et étiologie microbienne.*— Le traitement de la variole par l'éther et l'opium, selon la formule de M. Du Castel a été d'abord purement empirique. Quel est son mode d'action ? M. Du Castel ne voit dans l'éther et l'opium que de simples sédatifs. Ils modèrent l'inflammation locale, la suppuration et la réaction générale de l'économie. Ce sont, en un mot, de simples antiphlogistiques, ou même antipyogéniques. M. G. Pécholier est d'un avis différent. D'abord, il constate que l'effet sédatif, antiphlogistique, ne se produit pas dans la varicelle, tandis qu'il est manifeste, constant dans la variole et la varioloïde, quand la médication a été employée de bonne heure.

D'où il tire cette première conséquence, que le virus de la varicelle diffère du virus de la variole, comme ces deux maladies diffèrent entre elles. Deuxième conséquence, à laquelle je ne m'attendais guère : Quoique relégués, comme antiseptiques, tout au bas de la célèbre classification de Miquel, l'éther et

l'opium ont des vertus antizymasiques de premier ordre dans le traitement de la variole.

« C'est que, comme je l'ai déjà écrit et comme je le répéterai sans cesse, dit M. G. Pécholier, il n'y a point d'antizymasie absolue, telle qu'on la cherche à Montsouris, mais des antizymasiques qui s'adressent spécialement à tel ou tel germe. Tel agent, tel spécifique dirige toute l'énergie de ses efforts contre la syphilis, qui est impuissant contre la fièvre palustre, et réciproquement, la quinine ne peut rien contre la syphilis. La nicotine est un poison terrible pour tous les animaux inférieurs et contre un grand nombre de germes morbides, celui de la tuberculose en particulier, et cependant elle nourrit certaines bactéries que Bucholtz y a étudiées. Il est essentiellement probable que l'éther et l'opium sont les adversaires spéciaux du ferment variolique, et ce sera l'honneur impérissable de Du Castel de l'avoir cliniquement démontré.

« Mais, objecte notre sympathique confrère, il semble bien difficile que quelques gouttes d'éther ou quelques grains d'opium, versés dans le torrent circulatoire, — aillent porter des coups bien terribles aux myriades de microbes, que la variole a répandus dans l'économie tout entière. Demandez, répondrons-nous, à l'expérience de Raulin ce qu'il faut d'argent pour tuer le germe de l'*aspergillus niger* ? un seize-cent-millième. C'est le propre des infiniment petits d'être tués par les infiniment petits, — pourvu qu'on les mette en présence de leur ennemi véritable.» (*Gazette hebdomadaire*, 1er octobre 1886.)

— La variole est malheureusement une maladie très commune. Comment se fait-il que son microbe, à ma connaissance du moins, ne soit décrit nulle part ? Je ne le trouve ni dans M. Duclaux, ni dans le gros livre d'Edgard M. Crooshank. Je connais la réponse : S'il n'y a pas de microbe, il y a les spores invisibles, certaines, dont le microbicide a empêché le développement. — Mais voici une maladie dont le microbe est connu, la fièvre typhoïde, la tuberculose; le microbicide *in vitro* est connu aussi ; il échoue chez le malade . — Rien de plus simple, réplique-t-on : c'est que, pour tuer le microbe, il faudrait administrer le germicide à une dose homicide. — Ainsi les doses infinitésimales sont toutes-puissantes dans un cas, les doses massives impuissantes et toxiques dans un autre.

Donc, pour les microgénistes, le problème se réduit à trouver, pour chaque maladie, d'abord le microbe, puis le médicament qui, agissant à une dose aussi infinitésimale que l'argent dans l'expérience de Raulin, donne à l'organisme une résistance ou une énergie suffisante pour empêcher le développement des spores et la pullulation du microbe. Pour nous, le problème est autre : Trouver pour chaque maladie, et surtout pour chaque malade, le médicament qui, à dose inoffensive, rétablisse la santé, malgré les spores et les microbes, produits constants et non cause du processus morbide.

Injections gazeuses dans le rectum. — Est-ce le premier ou le second de ces problèmes que le Dr L. Bergeon a résolu, pour le traitement de la phthisie pul-

monaire ? J'incline à croire que c'est le second. Il s'agit, non d'une nouveauté thérapeutique, mais bien d'un procédé nouveau pour l'administration des médicaments. C'est, si je ne me trompe, la première application connue, non du déterminisme, mais d'une démonstration de Claude Bernard, s'il faut en croire M. Cornil. Celui-ci, en effet, dans la séance du 19 octobre 1886, dit à l'Académie de Médecine : « Notre illustre physiologiste a démontré que lorsqu'on injecte par la voie rectale, chez les animaux, de l'hydrogène sulfuré, ce gaz est éliminé par le poumon ; il fait voir qu'on peut en injecter ainsi d'une manière presque indéfinie, tandis que son introduction par l'inspiration amène rapidement des accidents graves et la mort des animaux. »

Claude Bernard explique cette innocuité de l'hydrogène *sulfuré* absorbé par l'intestin de la manière suivante : « On peut introduire ce gaz impunément dans les veines, dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans le canal intestinal, et l'on n'observe pas de malaise chez l'animal expérimenté. Si l'hydrogène sulfuré peut entrer ainsi dans le sang, c'est qu'il circule alors avec lui, arrive à l'oreillette droite, puis au ventricule droit, qui l'envoie aux poumons, d'où il s'échappe dans l'atmosphère, grâce à sa forme gazeuse. Au contraire, quand on l'absorbe par les poumons, l'hydrogène sulfuré arrive dans l'oreillette gauche et passe ensuite dans le ventricule correspondant, qui le lance dans les artères. Il parvient ainsi jusqu'aux éléments histologiques où se manifeste sa puissance mortelle. » (*Leçons de pathologie*

expérimentale, p. 439-440). Mais dans ses leçons de *Physiologie opératoire*, Claude Bernard met en garde contre l'excès de gaz hydrogène sulfuré introduit par l'injection sous-cutanée et par la voie intestinale ; car « si le gaz arrive au poumon en trop grande quantité, l'air du poumon en est saturé, l'animal le respire, et il meurt cette fois empoisonné par ce gaz, ou du moins il présente les symptômes de l'empoisonnement » (p. 265).

Aussi M. L. Bergeon se garde-t-il bien d'injecter dans l'intestin une quantité presque indéfinie, selon l'expression de M. Cornil ; il limite, au contraire, cette quantité avec le plus grand soin. M. Bergeon injecte dans le rectum, deux fois par jour, quatre à cinq litres d'acide carbonique ayant barboté dans 500 grammes d'une eau minérale sulfureuse. Par cette médication, il obtient rapidement la disparition de tous les phénomènes de suppuration pulmonaire, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Sa démonstration clinique est si importante, si affirmative que je la reproduis en entier.

« Les médecins de Lyon, Paris, Genève, Marseille, dit-il, qui ont traité les phthisiques par la méthode des injections gazeuses dans le rectum, ont en général obtenu la disparition très rapide des phénomènes de suppuration pulmonaire et la marche progressive vers un état de santé qui offre tous les caractères de la guérison.

« Quant aux malades que j'ai traités depuis deux ans par cette méthode, j'ai la satisfaction d'affirmer

aujourd'hui que les résultats que j'annonçais il y a trois mois, se sont confirmés et généralisés.

« Les phthisiques que je considère comme guéris, n'ont plus d'expectoration et n'offrent à l'auscultation que des signes stéthoscopiques secs dus à la présence de cavernes ou de brides cicatricielles consécutives aux anciennes lésions.

« Quelques-uns de ces malades ont dû reprendre une existence pleine de labeur et de fatigue; néanmoins j'ai pu constater que leur appareil respiratoire avait résisté et que l'amélioration conquise avait été solidement maintenue.

« Chez plusieurs malades dont l'expectoration ainsi tarie n'est plus représentée que par trois ou quatre grammes par jour, alors qu'au début du traitement elle atteignait 250 à 300 grammes, on a trouvé les bacilles d'une manière inconstante il est vrai, mais évidente. »

A ces preuves cliniques, M. Cornil en ajoute d'autres fournies par M. Chantemesse; attaques d'asthme guéries par des injections intestinales d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfo-carbonées; amélioration très grande chez neuf malades présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec bacilles tuberculeux dans les crachats: augmentation rapide du poids du corps, 500 grammes et parfois un kilogramme par semaine; chez un des malades, augmentation de 4 kilogrammes et demi en un mois et demi; diminution considérable de la toux et de l'expectoration; malgré cela,

persistance des bacilles tuberculeux dans les crachats.

Il reste à savoir, dit M. Bergeon, si ces bacilles, qui persistent dans les crachats malgré le retour à la santé, ont conservé leur activité fonctionnelle. » (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 octobre 1886, p. 329 à 330.)

Bien d'autres questions se posent, il me semble, et bien autrement importantes.

D'abord, quel est le produit injecté, résultant du passage de l'acide carbonique à travers une eau sulfureuse? Est-ce simplement un mélange d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré? Ou bien ce mélange entraîne-t-il des vapeurs chargées des éléments divers de l'eau minérale, même les *leptothrix* de M. Olivier, adversaires du bacille de Koch, comme les *Bacterium termo* de MM. Testi et Marzi? Si c'est un simple mélange, dans quelle proportion les deux gaz y sont-ils? Quel rôle joue l'un à l'égard de l'autre, correctif ou adjuvant? Si l'un agit seul, à quoi bon le mélange?

Si l'agent utile est l'acide carbonique, voilà bien une grande nouveauté thérapeutique! Sans doute, Claude Bernard a reconnu que, pénétrant dans le poumon à la suite d'une injection sous-cutanée, l'acide carbonique n'est pas vénéneux, si la quantité introduite permet son élimination rapide; maintenant, ce gaz n'est plus seulement inoffensif, dans certaines limites; il est doué de propriétés médicamenteuses!

Si c'est l'hydrogène sulfuré qui agit seul, comment,

introduit avec l'eau minérale dans l'estomac et passant par l'intestin, agit-il moins bien qu'introduit directement dans l'intestin? Cette différence tient-elle à ce que les liquides de l'estomac décomposent le gaz et entravent son élimination par le poumon, tandis que les liquides de l'intestin sont sur lui sans inflence? Dans son passage de l'intestin au poumon, subit-il une modification, probablement une atténuation, qui dégage l'action thérapeutique de toute complication pathogénétique? Toutes ces questions et bien d'autres seront certainement résolues par des expériences comparatives, conduites avec prudence, habileté et méthode. Quant aux bacilles dont se préoccupe M. Bergeon, leur présence, même inconstante, mais en nombre décroissant, après le retour à la santé, montre jusqu'à l'évidence qu'ils sont le produit, non la cause du processus morbide. Supprimez le tubercule et vous supprimez le bacille, *sublatâ causâ tollitur effectus*. Si le bacille était la cause du tubercule, un seul bacille, par sa puissance de multiplication et de pénétration, reproduirait la tuberculose, la maladie constitutionnelle tout entière. Je n'insiste pas; je ne convaincrais personne, pas même ceux qui ont constaté la reproduction du bacille de Koch, après de longs mois de dessiccation.

Quelles que soient les solutions, si les résultats obtenus par M. Bergeon d'abord, ensuite par M. Chantemesse et par plusieurs observateurs consciencieux, si ces résultats sont consacrés par une démonstration clinique éclatante et décisive, la phthisie est vaincue; la découverte de M. Bergeon sera la

plus utile, la plus grande, la plus glorieuse que l'histoire de la médecine ait encore enregistrée. Elle sauvera plus d'existences, en quelques années, que la vaccination jennérienne en un siècle. Elle arrachera à la mort plus de victimes que jamais ne pourront le faire les inoculations antirabiques, celles-ci dussent-elles, comme on aime à l'espérer, dépasser les prévisions les plus optimistes.

Dr A. Cretin.

ENSEIGNEMENT
DE LA
MATIÈRE MÉDICALE
ET
De la Thérapeutique homœopathique

Le monopole universitaire, jaloux de tout enseignement libre, est particulièrement l'ennemi de l'enseignement homœopathique. S'il le pouvait, il l'étoufferait complètement. Cette opposition puissante rend notre recrutement extrêmement difficile. Comment lutter contre un enseignement qui dispose de professeurs distingués, d'hôpitaux nombreux, de laboratoires perfectionnés et, par-dessus tout, du privilège de délivrer des diplômes ?

Nous n'avons que des professeurs inconnus, deux petits hôpitaux ; c'est peu de chose pour lutter con-

tre toutes les forces du monopole, mais nous avons la VÉRITÉ THÉRAPEUTIQUE. C'est là notre force, c'est là ce qui nous a permis de vivre juqu'ici, et c'est ce qui doit assurer notre victoire s'il est démontré par l'histoire du passé que la vérité finit toujours par triompher.

Nous avons donc le devoir d'enseigner ; c'est là la première raison qui nous a porté à ouvrir ces cours.

Mais il en est une seconde qui, pour être moins élevée, n'en a pas moins sa valeur. C'est la nécessité de former des Médecins homœopathes pour la province. Chaque jour, on nous offre des situations que nous sommes obligés de refuser, faute de sujets ; nous espérons que le présent enseignement nous permettra de combler cette lacune ; un des buts de notre enseignement sera donc de former des médecins pour accepter ces postes, ce qui nous permettra de rendre service à de jeunes confrères, tout en répondant aux besoins des populations.

Ces cours seront très condensés ; ils se limiteront rigoureusement à la matière médicale et à la thérapeutique de façon à permettre aux jeunes docteurs et aux élèves des dernières années, d'apprendre l'homœopathie sans prolonger leur séjour à Paris, et, par conséquent, sans s'imposer des sacrifices nouveaux.

Cet enseignement est entièrement gratuit.

Les cours auront lieu les lundis, mercredis et ven-

dredis de chaque semaine, à 3 heures du soir, rue des Grands-Augustins, n° 15, à partir du mercredi 5 janvier. La clinique tous les jours, à 8 heures 1/2 ; leçon le dimanche, à 9 heures 1/2, à l'hôpital Saint-Jacques, ruelle Volontaire, 227, rue de Vaugirard.

Dr P. Jousset,
Dr H. Piedvache,
Dr M. Jousset,
anciens internes des Hôpitaux de Paris.

NOUVELLES

Dans sa séance du 20 décembre dernier, la Société médicale Homœopathique de France a renouvelé son bureau. Monsieur le Docteur A. Claude ayant été élu vice-président, la Société a nommé le Docteur I. Guérin-Méneville secrétaire général. C'est donc à l'avenir au Docteur J. Guérin Méneville, 16, rue Richelieu, à Paris, que doivent être adressés les correspondances et les journaux en échange.

Le Gérant : Dr A. CLAUDE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 6 décembre 1886.

Présidence de M. Fredault.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Jousset. — A la séance précédente, j'avais chargé mon fils, en mon absence, de vous lire une proposition, ayant pour objet d'établir l'enseignement de l'homœopathie sur une nouvelle base. Désirant commencer nos cours en janvier, je demandais une séance supplémentaire pour la discussion de ce projet. La Société en a jugé autrement et ne m'a pas accordé ma demande.

Devant cette indifférence, je me suis considéré comme libéré vis-à-vis de la Société ; nous avons repris notre liberté et nous avons, en dehors de la Société, procédé à l'installation de notre enseignement. Nous ouvrirons nos cours le 5 janvier, à 5 heures du soir, rue des Grands-Augustins, n° 15, et nous les y continuerons tous les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure ; les trois premiers mois, on enseignera la matière médicale ; les trois mois suivants, la thérapeutique ; je ferai concurremment, les dimanches matin, à Saint-Jacques, une leçon clinique.

En somme, nous ne demandons à la Société ni son temps, ni son argent, ni son local ; nous lui demandons seulement sa sympathie.

M. Frédault. — Je crois de mon devoir de remercier notre confrère Jousset de sa tentative ; c'est une œuvre très méritoire de continuer l'enseignement de l'homœopathie, après les déboires qui ont suivi les tentatives précédentes. Si j'étais parmi les jeunes, je lui apporterais un concours empressé, et j'engage tous nos jeunes confrères à le faire.

M. Cretin. — Je regrette de ne pas m'être trouvé là au moment où mon ami le Dr Jousset a fait sa proposition ; je suis complètement, de cœur, avec lui ; mais ma santé ne me permettrait pas de contribuer à un enseignement. Je lui promets tout mon concours pour lui procurer des élèves.

La suite de l'ordre du jour appelle la discussion sur les six premières conférences du Dr P. Jousset, à l'hôpital Saint-Jacques.

M. Cretin. — Je me dispenserai de faire l'éloge de ces leçons cliniques, car je me répéterais. J'aborde donc les quelques réflexions et remarques qui m'ont été suggérées par les observations et la discussion de quelques points.

Dans sa 1re conférence, M. Jousset a pris soin de distinguer très justement les accès pernicieux qui surviennent dans la pleurésie de la pernicieuse pleurétique ; c'est une distinction importante. Il y a la même distinction à faire à propos des accès pernicieux qui viennent dans la fièvre typhoïde.

Dans la 2e et la 3e conférence, M. Jousset est reve-

nu sur les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion dans la pleurésie ; il est bon de rappeler ces signes qui sont très importants. M. Jousset a signalé le faux râle crépitant ne s'entendant qu'à l'inspiration et qui peut accompagner le souffle et être une cause d'erreur. Je m'y suis laissé prendre, il y a quelque temps ; il s'agissait d'un jeune enfant chez qui j'entendis, le matin, des râles et un souffle qui me paraissaient avoir le caractère de ceux de la pneumonie ; cependant, il subsistait quelque doute dans mon esprit ; j'envoyai M. Partenay le soir ; il constata l'épanchement, qui s'était probablement accru depuis le matin.

M. Jousset a insisté sur les caractères du souffle, qui peut être métallique et même dans certains cas amphorique, comme je l'ai constaté cet hiver chez une jeune fille dans une pleurésie droite.

Dans sa 3e conférence, M. Jousset, s'est occupé des signes fournis par la température des différentes maladies. Il en a reconnu l'importance ; mais ces signes ne suffisent pas exclusivement pour le diagnostic, ils s'ajoutent aux autres symptômes et viennent en caractériser la signification. Ainsi, pour distinguer la fièvre typhoïde de la synoque, indépendamment des caractères propres du mouvement fébrile, qui peuvent se ressembler, la durée de cette élévation thermique viendra assurer le diagnostic. Dans la phthisie, la rémission matutinale est plus marquée que dans la fièvre typhoïde.

Je remercie M. Jousset pour ce qu'il a dit ensuite sur l'insistance dans l'emploi du même médicament ;

voici ce que nous lisons page 289 : « Il faut autant que possible donner le même médicament dans la même maladie et ne changer que lorsqu'il y a des indications particulières, et si le premier ne produit pas d'effet. » Je suis revenu souvent sur ce principe formulé par les grands praticiens qui nous ont précédés et je suis heureux de voir M. Jousset défendre les mêmes idées.

A la page 290, je trouve ce passage : « Enfin j'arrive à un médicament que notre école a créé, je veux parler de cantharis. C'est J. P. Tessier qui l'a mis en honneur. Le vésicatoire guérit quelquefois et il y a des cas nombreux où le vésicatoire fait du bien. Dans l'école allopathique, le vésicatoire est la clef de voûte du traitement de la pleurésie. Les uns le prescrivent au début, d'autres au déclin, d'autres dans la période d'état ; enfin, il y a des médecins qui nient son action et disent : il faut mettre un vésicatoire pour plaire à la famille, pour sauver la responsabilité. J.-P. Tessier, doué d'un esprit médical poussé à un très haut degré, a vu que le vésicatoire agissait par l'absorption de la cantharide. Du reste, cantharis est homœopathique à la pleurésie ; on trouve, dans sa pathogénésie, des épanchements de la plèvre. » Je ferai à ce propos la remarque suivante : c'est que l'assertion de la guérison par le vésicatoire est très exacte grâce à la réserve qui la suit. L'engouement pour le vésicatoire n'est du reste pas général. Il y a longtemps qu'on a contesté ses effets. En 1876, dans une discussion à la Société médicale d'émulation, M. Vidal niait ses effets ; M. Tarnier allait plus loin

encore; il pensait qu'il peut avoir pour résultat d'augmenter l'inflammation. Je suis depuis longtemps de cette opinion, depuis le mémoire de Trousseau sur la thoracentèse, mémoire couronné par l'Institut ; je le lus avec soin et je remarquai que, dans les 32 observations qui le composent, il est noté une augmentation dans la quantité de l'épanchement après chaque vésicatoire et que c'est ainsi qu'on arrive à la thoracentèse.

Pour moi, il n'y a là-dessus aucun doute ; il ne se passe pas d'année où je ne constate les résultats funestes des vésicatoires, qui prolongent et aggravent la maladie, qui peuvent la faire passer à l'état chronique. En somme, de ces faits — augmentation de l épanchement par les vésicatoires ; guérison de l'épanchement dans quelques cas, — nous pouvons conclure que nous avons le droit d'employer la cantharide contre les pleurésies.

A la page 291, nous trouvons la relation d'un cas de scarlatine miliaire, d'une miliaire pourprée si vous voulez ; M. Jousset a préféré, avec raison ; *aconit* à *belladone*, les résultats ont été favorables et une angine intercurrente a été traitée par *lachesis* et *cyanure de mercure* alternés.

A la page 295, je trouve un cas d'hémoptysie dans lequel M. Jousset a dû donner le *millefollium* à la teinture mère, quoique ce médicament lui réussisse ordinairement à la 3°. Si la teinture mère réussit mieux, pourquoi ne pas la donner d'emblée ; du reste, lorsque l'hémoptysie est abondante ou se répète, je crois que la teinture mère est préférable.

Dans la 4e conférence, M. Jousset nous donne aussi un excellent résumé de la séméiotique du cœur; il est très important de faire des résumés de séméiotique aussi clairs, tels que nous les rencontrons dans ces leçons.

Dans la même conférence, nous trouvons aussi une comparaison entre le rhumatisme et la goutte ; distinction facile entre l'accès de goutte et le rhumatisme articulaire aigu ; plus difficile entre la goutte et le rhumatisme chronique.

La cinquième conférence nous entretient de la fissure à l'anus et de la constipation : pour la fissure, c'est avec raison que M. Jousset a rendu justice au Dr Ozanam en parlant du *pœonia*, médicament qui, administré *intus et extra*, rend de grands services ; ma pratique particulière m'a montré son importance et il peut amener la guérison.

Quant à la constipation, il a bien fait d'attirer notre attention sur le *plomb*, médicament qui manque souvent de confirmation clinique ; M. Jousset l'a administré à la 1re trituration ; je crois que le *carbonate de plomb*, que j'emploie d'ordinaire, est préférable au métal lui-même. A propos du traitement de la constipation, M. Jousset a cité *l'hydrastis*, et les observations qu'il fait au sujet de son homœopathicité sont exactes ; mais je crois que s'il réussit à combattre la constipation chez les hémorrhoïdaires, c'est par son action directe sur les hémorrhoïdes. M. Jousset cite l'hydrastine comme le principe actif qui y est contenu ; il y en a trois : l'hydrastine, la berbérine et la xanthopexine. Il y a ensuite un fait de guérison

de constipation par *lycopode* 30e ; c'est un résultat exceptionnel et qui me surprend ; je me suis bien trouvé fréquemment du même médicament à la 1re trituration.

La 6e conférence présente un fait pathogénétique remarquable. Il s'agit d'une malade qui prenait 4 gouttes de *belladone* T. M. par jour comme traitement préservatif de la scarlatine ; sous l'influence de ce médicament, il s'est produit une éruption scarlatiniforme. C'est un effet assez rare, et, chez tous les malades où j'ai vu la belladone avoir une action pathogénétique, j'ai observé surtout des troubles de la vue : étincelles, bluettes, diplopie, amblyopie, etc.

A la page 354, je note cette phrase, qui est conforme à ce que les praticiens ont constaté pour la chlorose : « Dans le traitement de la chlorose, le fer agit dynamiquement et non chimiquement. Les aliments qu'absorbent les chlorotiques contiennent assez de fer pour reconstituer leurs globules et rétablir le sang dans son état physiologique. Il en est de même pour les phosphates et il y a beau temps que les éleveurs ont trouvé que les phosphates contenus dans les lentilles, les haricots, s'assimilent mieux et valent mieux que les phosphates des pharmaciens. Cette observation montre que le traitement de la chlorose ne consiste pas à introduire du fer dans l'organisme, mais à mettre celui-ci en état d'absorber celui des aliments. Elle nous rend compte aussi des guérisons de la chlorose par des médicaments autres que les ferrugineux. »

M. Jousset croit que la chlorose est une maladie

spéciale à la femme ; je suis d'un avis différent et je pense que les jeunes gens ont aussi les pâles couleurs, mais avec des symptômes différents en rapport avec leur sexe.

Dans la 7e conférence, M. Jousset nous parle d'une arthrite goutteuse pour laquelle il a donné le *salicylate de soude* à une dose infime et inutile ; comme la malade présentait de l'œdème, M. Jousset lui a donné *apium virus* avec succès ; je lui aurais donné *viola odorata*, qui avait été indiqué par Petroz pour les arthrites du membre supérieur, indication confirmée par J. P. Tessier, qui la conseillait dans les arthrites carpiennes et méta-carpiennes.

A la page 319, nous lisons, l'observation d'une épididymite blennorrhagique qui, traitée par *aconit* et *hamamelis*, marchait vers la guérison, lorsque survint une aggravation. M. Jousset ajoute : « J'ai fait alors de l'empirisme et donné *pulsatilla*. » Ce n'est pas là de l'empirisme ; c'est un médicament parfaitement homœopathique, signalé depuis longtemps par Jahr, Hartmann, etc.; sa pathogénésie contient le gonflement douloureux du testicule ; on a signalé aussi, comme symptôme clinique, la suppression de l'écoulement. Dans ces derniers temps des médecins allopathes se sont approprié l'emploi de la pulsatille dans l'épididymite.

Dans cette même conférence, est une observation d'hémiplégie et d'hemichorée hystériques. M. Jousset a montré que ces troubles dépendaient d'une irritation du lobule paracentral ; il me semble que l'ané-

mie cérébrale aurait aussi bien pu produire ce symptôme que la congestion.

Dans toutes les observations où on les a administrés, *aconit* et *bryone* sont donnés à la teinture-mère avec succès : de même l'*aconit* dans la scarlatine miliaire ; de même *bryone* et *aconit* dans un cas de rhumatisme goutteux ; de même *millefolium* contre l'hémoptysie. Ces résultats satisfaisants feront accepter de nos confrères l'emploi des doses appréciables, que nous préconisons depuis longtemps.

M. Claude. — A propos de l'observation de scarlatine pathogénétique, je tiens à faire observer que la malade n'a pas pris 4 gouttes de *Belladone* T. M. par jour ; que la potion de 4 gouttes était pour sept personnes. Je ne sais si la malade avait la fièvre à Saint-Jacques, mais elle avait 120 pulsations le matin lorsque je la vis. Une erreur de diagnostic était possible, puisqu'il y avait deux jeunes filles atteintes de scarlatine dans la maison où était cette malade et qu'il y avait d'autres scarlatines dans sa rue.

M. Jousset. — Je n'ai pas dit qu'il y avait là une erreur de diagnostic ; le milieu où était la malade et l'éruption pouvaient faire penser à la scarlatine : si je ne crois pas à cette maladie, c'est 1° parce que l'éruption était très discrète ; 2° parce que la malade ne présentait pas l'affection de la langue : pas d'enduit blanc du début ; pas la desquamation de la langue qui est si caractéristique de la maladie. J'ai constaté seulement un phénomène curieux, une eruption scarlatiniforme belladonée. J'avais déjà observé des cas analogues dans une épidémie scar-

latineuse ayant eu lieu à Charroux et dont j'ai rendu compte dans l'*Art médical*.

M. Tessier. — L'hiver dernier, j'ai vu pas mal de scarlatines et j'ai observé plusieurs fois l'absence de desquamation de la langue dans la scarlatine. De même, j'ai vu des cas de scarlatine sans éruption et sans desquamation.

Le fait d'administrer la *belladone* dans un milieu scarlatineux peut faire que les personnes atteintes le soient légèrement et qu'on puisse admettre une éruption belladonée lorsqu'il s'agit de scarlatine très légère.

M. Cretin. — Je ne crois pas qu'il y ait de scarlatine vraie sans desquamation de la langue et de la peau. Il faut, si bénigne que soit la maladie, surveiller les malades jusqu'à la 6e semaine ; j'ai rapporté à la Société des faits où les signes ont manqué pendant plusieurs jours et dans lesquels j'ai observé ensuite la desquamation de la langue et de la peau.

Dans les épidémies de scarlatine, on peut observer des cas frustes ou incomplets, comme nous en avons pour la variole ; il y a des scarlatines qui passent inaperçues pour les parents ; mais je crois qu'on doit toujours retrouver l'état de la langue et la desquamation.

Les cas observés par Tessier étaient des scarlatines anormales.

M. Tessier. — Dans les cas dont j'ai parlé, les enfants de la même famille présentaient des scarlatines complètement évidentes et avec tous les symptômes.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance, après l'élection du bureau pour 1887.

La séance est levée.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(Service de M. le docteur P. JOUSSET.)

IIe CONFÉRENCE.

Sommaire. — Pleurésie, observation (fin).
Lésion mitrale, observation (suite).
Asthme, observation (suite).
Ulcère à l'estomac, observation (suite).
Entérite pseudo-membraneuse, deux observations. — *Collensonia, arsenic, régime lacté, tarentula, kali hydriodicum, plumbum æsculus hypocastaneum.* — De l'iritation spinale, trois formes : névralgie générale, cérébro-cardiaque, rachialgique.

Messieurs,

Notre pleurétique de la salle des femmes va bien : l'appétit est revenu, ainsi que le sommeil. L'épanchement est complètement résolu sous l'influence de *cantharis* (3e dilution). Cette malade offre une particularité dans l'oscillation de la température que l'on trouve plus habituellement dans la terminaison de la fièvre typhoïde. Depuis plusieurs jours, la température du matin est de 37° et le soir elle s'élève à 38°,

et cela sans que la malade éprouve le moindre malaise ; elle a aussi bon appétit le soir que le matin : aussi je crois qu'il n'y a pas lieu de s'en préocuper.

La malade atteinte d'insuffisance mitrale qui est au n° 9 de la grande salle avait eu de la bronchite; elle a été traitée par *bryone* et *ipeca*. Nous sommes revenus à la digitale et au bout de 48 heures, il y a eu augmentation dans la sécrétion de l'urine. Pas d'albumine.

Notre asthmatique de la salle des hommes va beaucoup mieux ; la toux et l'expectoration ont diminué. Il prend en ce moment *antimonium crudum*. Le malade qui est au n° 4 de la grande salle et qui a un ulcère de l'estomac a été considérablement amélioré par *argentum nitricum* (6e dilution, puis 12e). Il ne vomit plus et les crampes d'estomac sont bien moins violentes. Il avait été mis au régime lacté ; mais il n'a pas pu le supporter : on l'a remis au régime ordinaire. Hier, j'ai commencé un traitement qui réussit souvent très bien : *plumbum* (3e) associé avec *opium*. Ce malade disait ce matin qu'il se trouvait infiniment mieux. Il ne faut pas se hâter de conclure, et cela a besoin d'être confirmé.

Nous allons maintenant étudier deux malades qui ont des affections très obscures. Ils ne sont pas atteints d'une espèce morbide bien définie et ils arrivent lentement et progressivement à un état cachectique prononcé. Il est parfois difficile d'arriver à un diagnostic précis. Ces deux malades sont atteints d'*entérite pseudo-membraneuse*.

Le premier est un homme qui est au n° 8 de la

grande salle ; l'autre est une femme qui est au n° 1 de la petite salle. Ils sont tous deux affaiblis, hypochondriaques et hémorrhoïdaires. La femme a de la constipation, l'homme de la diarrhée; mais il avait été constipé au début.

Avant de rapporter leur histoire, je vous dirai un mot de leur maladie. Elle a pour caractères principaux la constipation, des douleurs abdominales assez vives, un état hypochondriaque prononcé et des hémorrhoïdes. L'un et l'autre, l'homme surtout, ont eu des selles riziformes; d'autres fois rubannées comme un tœnia, et enfin des fausses membranes plus ou moins larges. On les a étudiées; ce ne sont pas des productions fibrineuses, inattaquables par l'acide acétique ; c'est de la mucine. Les digestions sont difficiles et lentes et les selles sont accompagnées de spasmes du sphincter anal et de douleur de fissure. Ces malades tombent dans une tristesse profonde, et leur affection a une marche lente et d'une durée indéfinie.

Lancereaux conclut que ce n'est pas une phlegmasie, mais un trouble dynamique de l'évolution nutritive.

Le malade qui est au n° 8 de la grande salle est un homme de 43 ans, comptable dans une compagnie d'assurances. Il est maladif depuis le siège de Paris ; il a eu des bronchites répétées, de la spermatorrhée et cela n'est pas indifférent au point de vue de l'étiologie ; et enfin une constipation habituelle alternant parfois avec de la diarrhée. En 1883 il s'est aperçu par hasard que ses selles contenaient

des fausses membranes (des lambeaux de peau); il éprouvait depuis quelque temps de violentes coliques. En 1884, il a eu une bronchite qui a duré plusieurs mois ; puis il a été pris de vomissements presque continuels et d'une diarrhée parfois excessive (15 ou 20 selles dans une journée) ; l'amaigrissement a été notable.

Dès ce moment il a eu de la rachialgie qu'on avait qualifiée de coliques néphrétiques. Il accuse enfin quelques fluxions hémorrhoïdaires assez légères et dont il ne s'est jamais occupé.

Il est entré à l'hôpital Saint-Jacques le 20 avril 1885 et a déjà été traité successivement par trois médecins, *Collinsonia* a amené une amélioration momentanée : les fausses membranes qu'il rendait presque tous les jours ont d'abord diminué, puis disparu pendant un certain temps. Ce médicament est devenu insuffisant et les fausses membranes ont reparu. Ce qui en a triomphé définitivement est arsenic (3e trit.) joint au régime lacté absolu : au bout de dix jours, les fausses membranes ont disparu et les selles n'en ont plus contenu depuis le 13 ou 14 septembre 1885. — Vers le 16 septembre, d'autres symptômes douloureux ont fait leur apparition : rachialgie, engourdissement dans les membres inférieurs, douleurs névralgiques sur le trajet du crural et du sciatique et en même temps constipation opiniâtre alternant avec la diarrhée.

Il y avait une sorte d'alternance entre la rachialgie et la diarrhée. Il y avait des douleurs violentes quand le malade avait la constipation ; et lorsque la

diarrhée arrivait, les douleurs cessaient. Cela a pu être vérifié à plusieurs reprises.

Les jours suivants les symptômes douloureux se sont aggravés: élancements fulgurants tantôt sur le trajet du sciatique, d'autres fois le long du crural avec exacerbation nocturne toujours considérable, privation absolue du sommeil.

Puis les douleurs du bassin se sont étendues également du côté gauche. La pression d'un point quelconque du bassin, son ébranlement même par une légère secousse détermine d'atroces souffrances sans que le palper le plus minutieux et le toucher rectal permettent de découvrir de tuméfaction profonde. Chaque soir la température dépassait 38° pour retomber le matin à 37°. C'est aussi le soir que les accès douloureux se montraient de préférence. Les accès n'avaient pas toujours le même siège et variaient considérablement de caractère. Plusieurs fois on put constater de l'hyperesthésie des membres inférieurs avec des réflexes un peu exagérés sans trouble de la motilité.

M. le docteur Piedvache avait diagnostiqué une affection de la moelle. « Tout indiquait, pour les douleurs, une origine spinale ou dans la queue de cheval : le syndrôme correspondant à l'une des variétés de cette affection si mal définie sous le nom d'irritation spinale.»

A mon arrivée, il y avait de plus une sorte de paraplégie incompléte; le côté droit était plus faible; cependant, le malade pouvait marcher. J'ai donné *tarentula*, qui produit parfois de bons effets sur les

paraplégies nerveuses. Ici son action a été évidente; les douleurs ont été calmées. Puis j'ai prescrit *kali hydriodicum* (3e), qui est très efficace dans la névralgie sciatique. Les forces sont un peu revenues, le malade marche presque bien. Lorsque la diarrhée revient, je donne *metallum album*. J'aurais voulu donner à ce malade un régime plus réparateur; mais quand on supprime le lait, les fausses membranes reparaissent presque aussitôt.

La malade de la petite salle des femmes est âgée de 36 ans; elle est amaigrie et cachectique, elle a une aphonie presque complète depuis plusieurs mois. C'est une hémorrhoïdaire à forme classique : constipation opiniâtre, elle ne va à la selle que tous les quatre ou cinq jours, et elle éprouve alors des douleurs de fissure à l'anus qui persistent pendant plusieurs heures. Contre ces douleurs de fissure, on a employé la dilatation forcée, qui donne souvent d'excellents résultats. Ici la dilatation n'a pas produit le résultat que l'on avait lieu d'espérer. La malade n'a pas été soulagée parce quelle avait autre chose. Quand vous trouverez des malades atteints d'irritation spinale, ne vous hâtez pas de promettre la guérison par cette opération qui réussit presque toujours chez les simples hémorrhoïdaires.

Cette malade a également des douleurs qui s'irradient le long du sciatique et du crural. Je l'ai mise au régime lacté et elle trouve que cela la soulage beaucoup. Je me suis borné à trois médicaments : quand il y a de la constipation, je lui donne *plumbum* (2e trit.); lorsque les selles sont douloureuses je pres-

cris *æsculus hypocastanum*, et enfin *kali hydriodicum* lorsque les douleurs névralgiques du crural et du sciatique dominent les autres symptômes.

En résumé, cette malade a eu des selles contenant des fausses membranes ; elle présente des symptômes d'irritation spinale qui se traduisent par des douleurs sciatiques et crurales; c'est de plus une hypochondriaque. Elle croit avoir une maladie de l'utérus. Elle a consulté pour cela plusieurs médecins et jamais on n'a rien trouvé à l'utérus :

C'est une affection de la moelle qui se traduit par des troubles intestinaux et des névralgies diverses.

Qu'est-ce que l'irritation spinale ? C'est une affection très obscure, mal classée, mal limitée ; on y range toutes les affections hypochondriaques et hystériques dont on ne sait que faire. On a fait des formes cliniques en y faisant entrer un ensemble de symptômes qui se présentent toujours.

Valleix a décrit ces formes, qu'il appelle *névralgie générale*. Ces névralgies sont variables quant à leur siège et à leur intensité. Quand la maladie se confirme, il y a parésie des membres supérieurs ; on observe aussi des vertiges, de la tristesse et un affaiblissement général.

La forme *cérébro-cardiaque* a été décrite par Krishaber. Dans cette forme, les phénomènes cérébraux et cardiaques sont plus accentués. On observe toujours des vertiges considérables, à tomber. Il semble au malade qu'un abîme s'ouvre subitement à ses pieds ; il y a en même temps des hallucinations diverses et parfois une sorte d'ivresse. On observe aussi des

troubles divers du coté des organes des sens : diplopie, ambliopie, photophobie, etc. Certains malades ne reconnaissent pas leur figure en se voyant dans une glace. Du côté de l'oreille, il y a aussi des désordres ; les uns entendent des bruits ou des sons qui n'ont pas été produits ; d'autres veulent autour d'eux un silence absolu ; ils arrêtent même leur pendule dont le tic-tac les empêche de dormir.

Tout cela touche à l'aliénation mentale ; mais ce qui distingue ces malades des aliénés, c'est qu'ils savent que leurs hallucinations ne sont pas vraies. Du côté du cœur : palpitations violentes, d'autres fois syncopes par une sorte de parésie du muscle cardiaque. On a encore décrit d'autres symptômes : la peur des espaces ; en sortant d'une rue et en arrivant sur une place, ces malades n'osent plus faire un pas. D'autres ont peur dans la foule ; d'autres dans une chambre fermée ; il leur semble que les murs se resserrent sur eux, que le passage devient de plus en plus étroit et qu'ils vont être étouffés ; etc.. Je crois que c'est là un grand luxe de descriptions.

Enfin la *forme rachialgique* dans laquelle on observe des troubles de la sensibilité. Douleur qui augmente à la pression, névralgie en ceinture ; douleurs dans les bras et dans les jambes ; névralgies que nous observons quand la moelle épinière est lésée. On trouve aussi des points anesthésiés et surtout de l'hyperesthésie. Il y a une fatigue extrême, et impotence fonctionnelle.

Dans le type cervical il y a de la céphalalgie, des

vomissements, des vertiges et de la névralgie occipitale.

Dans le type lombaire : névralgie crurale et névralgie sciatique, troubles génitaux divers.

La marche de cette affection est continue, il y a des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; mais la maladie fait toujours des progrès. Je crois qu'on peut la rapporter à l'hypochondrie et à l'hystérie. Mais à quoi rattacherons-nous l'entérite pseudo-membraneuse observée chez nos deux malades. Ces deux malades ont des névralgies diverses, des symptômes d'hystérie et d'hypochondrie et sont hémorrhoïdaires.

Ces quatre affections se trouvent presque toujours réunies dans les affections de la moelle.

L'entérite pseudo-membraneuse est une lésion qui est loin d'être rare chez les hémorrhoïdaires névropathes soit hystériques, soit hypochondriaques.

Cette maladie ne tarde pas à se compliquer de symptômes d'irritation spinale. Aussi, nous nous rattacherons à l'opinion exprimée au début de cette conférence : affection de la moelle. Les lésions des nerf sensitifs nous donnent l'explication des névralgies, les fausses membranes sont dues aux troubles des nerfs trophiques et enfin l'altération des nerfs moteurs rend compte de la faiblesse et de l'impotence fonctionnelle plus ou moins marquée que nous observons chez nos deux malades.

Dr P Jousset.

DOUZIÈME CONFÉRENCE

Sommaire. — Suite des observations de pleurésie et d'affection du cœur.

Néphrite parenchymateuse.— Observation, mouvement fébrile type quarte. — *Sulfate de quinine*. Disparition du mouvement fébrile et de l'albuminurie, état grave persiste.

Synovites blennorrhagiques. — Observation du rhumatisme blennorrhagique et de ses formes. — Ophthalmie rhumatismale blennorrhagique, ses formes et son traitement.

Du Somnambulisme pathologique. — Observation. — Différences du somnambulisme pathologique et de l'hystérie.

Messieurs,

Je vais, en commençant, vous dire quelques mots de nos derniers malades. La pleurétique de la salle des femmes va de mieux en mieux et répare ses forces détruites par la misère dans laquelle elle vivait avant son entrée à l'hôpital. Elle sortira sous peu de jours.

La cardiaque qui est au n° 9 va mieux également ; j'avais dû suspendre la digitale à cause d'une bronchite qu'elle avait contractée ; mais j'y suis revenu rapidement. Elle prend en ce moment *digitalis* (1re trit. décimale), à la dose de 1 gramme.

C'est cette malade qui, avant son entrée, avait pris des doses exagérées de ce médicament : avec des doses exagérées, on arrive presque toujours à une aggravation de la maladie. Le pouls est maintenant bien meilleur et l'œdème des jambes a presque entièrement disparu.

Nous avons un malade au n° 3 de la grande salle (hommes) dont le diagnostic a été un peu hésitant au début : c'est une néphrite parenchymateuse. Il est entré le 13 janvier, et présentait l'état suivant : pâleur de la face, dyspnée excessive, prostration absolué, œdème considérable des membres inférieurs et diarrhée abondante. L'urine de la journée contenait 2 grammes 50 centigrammes d'albumine.

L'ausculation du cœur ne révélait rien d'anormal et la température du soir s'élevait à 40°. Cette température a oscillé en présentant le type quarte. J'ai donné du *sulfate de quinine* à petite dose à cause de l'état des reins. Aujourd'hui, la température est tombée et on ne trouve plus d'albumine dans l'urine. Malgré cela, je considère l'état de ce malade comme absolument fâcheux et le pronostic me paraît fatal à courte échéance.

Je vais vous parler maintenant d'un malade qui a présenté une synovite blennorrhagique ; ce n'est pas banal et j'en profiterai pour faire un peu l'histoire du rhumatisme blennorrhagique.

C'est un homme de 45 ans d'une bonne santé habituelle et n'ayant jamais eu de rhumatisme. A son entrée, le 20 janvier, la main droite est tuméfiée et douloureuse : les doigts ne peuvent exécuter aucun mouvement, non à cause de la douleur, mais comme s'ils étaient paralysés. Sur la face dorsale, la peau a une couleur légèrement rosée et on perçoit un peu de fluctuation. Le lendemain une incision faite sur la face dorsale de la main a donné issue à un liquide analogue à la synovie : on fait un pansement à l'al-

cool. Le soir, la fièvre devient très vive et le thermomètre marque 40°. Dans la nuit, le malade est obligé de se lever plusieurs fois pour uriner et son urine laisse un dépôt abondant d'acide urique.

Le lendemain dans la journée, la miction devient douloureuse et le malade est pris d'un écoulement abondant de pus verdâtre par l'urèthre. T. S. 39°. Il avoue alors avoir eu, il y a six mois, un écoulement blennorrhagique qui n'a duré que 8 jours et qui a disparu sans autre traitement qu'un bain ? On panse la main avec des cataplasmes arrosés avec une solution d'hydrate de chloral. *Aconit* (teinture mère), et *Belladone* (teinture mère), etc., à l'intérieur.

Le 26 janvier, l'urine est claire et ne dépose plus ; mais l'écoulement persiste aussi abondant. La main va beaucoup mieux. *Térébenthine* (1re), 10 gouttes.

Le 29, il y a une amélioration notable, la main peut exécuter quelques mouvements. L'écoulement a également diminué et la miction est peu douloureuse. Je prescris une injection par jour avec *corrosivus* 0,5 centig. pour 100 gram. d'eau ; on continue térébenthine (1re). Cette injection est trop douloureuse et on est obligé de diminuer la dose de sublimé de moitié ; mais, sous l'influence de ce traitement, le malade est à peu près guéri et il est aujourd'hui en convalescence.

Dans le siècle dernier, Swediaur a signalé l'existence du rhumatisme blennorrhagique. A une autre époque, Ricord, Rollet et Diday ont décrit le rhumatisme comme complication de la blennorrhagie. Fournier, dans son article du Dictionnaire de Jac-

coud, décrit plusieurs formes du rhumatisme blennorrhagique.

D'après cet auteur, le rhumatisme blennorrhagique se manifeste sous la forme d'arthrite, de synovite, de douleurs musculaires, d'ophthalmie ; il se rapprocherait plutôt de la goutte que du rhumatisme. Ces affections ne surviennent qu'avec la véritable blennorrhagie ; et dans les uréthrites d'une autre nature on ne voit jamais survenir d'arthrite. Cette complication arrive souvent dans la blennorrhagie chronique, dans la goutte militaire, alors que les malades ne s'aperçoivent même pas qu'ils ont encore, le matin, une goutte de pus qui est entraînée par l'urine ; c'était le cas de notre malade. Fournier a vu des malades qui niaient avoir un écoulement. Lorsque l'arthrite survient, souvent l'écoulement diminue ; et cela a donné naissance à la théorie des métastases. La maladie se transportait soit dans une articulation, soit dans l'épididyme.

L'arthrite se présente sous plusieurs aspects : sous forme d'hydropisie, d'arthralgie, et occupe par ordre de fréquence les genoux, l'articulation tibio-tarsienne, le coude, l'épaule, le poignet. L'hydarthrose s'observe surtout au genou ; elle est mono-articulaire, se reproduit rapidement et passe facilement à l'état chronique.

L'arthrite blennorrhagique présente de la douleur, du gonflement et de la rougeur, comme le rhumatisme. Elle a pour caractères différentiels : la fièvre qui est éphémère et n'est pas en rapport avec l'intensité de l'affection articulaire, sa tendance à la chroni-

cité, l'absence de sueurs profuses que l'on observe dans le rhumatisme, et l'urine n'est pas altérée. Les grandes séreuses sont quelquefois prises ; mais ce rhumatisme récidive facilement et se termine le plus fréquemment par résolution.

L'articulation revient à son intégrité primitive après un temps plus ou moins long. Quelquefois, cependant, il se termine par hydarthrose et par ankylose de l'articulation. Chez les sujets scrofuleux, cette arthrite peut donner lieu à une tumeur blanche. Quelques auteurs ont dit qu'elle amenait souvent une arthrite suppurée ; Fournier affirme le contraire.

La synovite de notre malade rentre dans le cadre des synovites blennorrhagiques. La synovite des gaines tendineuses surviendrait à peu près sur le quart des malades. Les gaines le plus souvent affectées seraient celles qui recouvrent les articulations tibio-tarsienne et les articulations radio-carpiennes. Œdème, fluctation, coloration plus ou moins rosée de la peau, tels sont les caractères de ces synovites. Les bourses séreuses peuvent aussi être atteintes ; la séreuse du tendon d'Achille, la séreuse acromiale, etc.

Fournier a aussi décrit, comme complication, des myalgies portant sur divers muscles, du lumbago, du torticolis. Il a également signalé cinq fois des cas de névralgie sciatique qui se rattachaient à la blennorrhagie.

Certains auteurs disent qu'il y a une simple coïncidence ; que ce sont des rhumatisants qui ont une

blennorrhagie. Rien ne s'oppose, en effet, à ce qu'un rhumatisant contracte la chaude-pisse ; mais les symptômes sont bien différents. D'un côté, fièvre en rapport avec le nombre des articulations prises, mobilité du rhumatisme qui passe d'une articulation à l'autre, sueur, localisation de l'arthrite le plus souvent dans une seule articulation.

Il y a aussi une autre complication qui a bien son importance ; c'est l'ophthalmie blennorrhagique rhumatismale.

On entend ordinairement par ophthalmie blennorrhagique, l'ophthalmie par contagion, lorsqu'une goutte de pus est portée sur la conjonctive ; elle donne lieu à des accidents redoutables et entraîne quelquefois la perte de l'œil en peu de temps. Mais il y a une autre espèce moins connue qui vient quelquefois compliquer la blennorrhagie : c'est l'ophthalmie rhumatismale blennorrhagique. Elle peut affecter trois formes :

1° Inflammation de la membrane de Decemet, qui a pour caractère un trouble de l'humeur aqueuse. Quelques auteurs ont signalé de petites hémorrhagies.

2° Iritis, qui a les signes de l'iritis ordinaire : perte de l'éclat et du velouté de l'iris, cercle radié périkératique, déformation de la pupille, douleurs péri-orbitaires, etc.

3° Conjonctivite simple se présentant sous l'aspect de petits flots inflammatoires.

J'arrive au traitement interne de ce rhumatisme. En allopathie, comme en homœopathie, il est abso-

lument nul : on a donné le colchique, le nitrate de potasse, etc., sans résultat positif. En homœopathie, nous sommes pauvres en fait de médicament ; Richard Hugues a indiqué la pulsatille, la salsepareille, qui ne font pas merveille. N'est-ce pas là une raison plausible de distinguer le rhumatisme blennorrhagique du rhumatisme articulaire aigu, puisque le traitement du rhumatisme échoue constamment dans le rhumatisme blennorrhagique ?

Dans une école comme dans l'autre, on traite l'arthrite, la sciatique, la névralgie et on emploie le plus souvent un traitement local. Chez notre malade nous n'aurions peut-être pas ouvert la collection séreuse, si nous avions su qu'il avait une blennorrhagie, nous aurions tenté la résolution en traitant la blennorrhagie. Ici nous avons employé les injections de sublimé au 1000. En pratique, je crois que ces injections sont un peu trop fortes et les malades peuvent difficilement les supporter.

Il me reste à vous parler d'une malade qui est dans une chambre particulière, et qui a été envoyée ici comme hystérique. Elle présente des accès de somnambulisme. Quelques-uns de ces accès sont simples ; ils consistent seulement dans un sommeil qui survient brusquement. D'autres accès sont plus complexes et méritent une description. Le plus souvent, ces accès se produisent immédiatement après le repas, ou même avant la fin du repas. L'œil devient tout à coup fixe et un peu hagard, au bout d'une ou de deux minutes les paupières se ferment et la malade s'affaisse sur elle-même. Les membres

sont dans un état de relâchement absolu. La sensibilité est abolie, on peut pincer fortement et enfoncer une épingle dans le bras, sans provoquer le moindre signe de douleur. Le point piqué ne saigne pas. A cette période, qui dure peu de temps, succède une phase de contracture également de courte durée. Puis les muscles se détendent, les yeux s'ouvrent largement, prennent un aspect hagard et la malade se lève, marche dans sa chambre, ou bien se met à déchirer son oreiller avec les dents. Elle fait des mouvements comme si elle ramait dans un bateau. D'autres fois, elle marche sur les genoux et les mains comme un chien, pousse des grognements et cherche à mordre des objets imaginaires. Elle refuse de répondre aux questions qu'on lui adresse ; ou bien elle a des hallucinations, « demande pourquoi on a mis un cadavre dans sa chambre, dit qu'il est déjà tout vert, qu'il sent mauvais ». Quelquefois, les yeux restent fermés, il y a alors des hallucinations de l'ouïe ; elle croit être à la chasse, entend la voix des chiens, le son des trompes, etc. Cet état se prolonge fort longtemps, deux ou trois heures. Un souffle prolongé sur les globes oculaires amène souvent le réveil, mais il est très difficile de pouvoir employer ce moyen, car sitôt que l'on approche, elle cherche à mordre, à griffer et finit par enfouir sa tête sous l'oreiller. Dans ses accès, cette malade peut recevoir des suggestions. Ainsi, l'interne lui impose l'obligation de manger et elle fait sous cette influence et pendant son accès, un copieux repas ; ce qu'elle ne fait jamais en dehors des accès. C'est dans ces sortes de

maladies que l'on a observé le corybantisme ; il y a des malades qui s'élancent au haut d'une corniche, vont se promener sur les toits, etc.

J'ai fait de cette maladie une affection distincte de l'hystérie. En cela, je suis en désaccord avec l'école de la Salpêtrière qui classe ces accès dans la grande hystérie. Pourquoi ? Chez cette malade, on observe presque toujours le somnambulisme d'emblée : et en dehors des accès, elle ne présente aucun signe d'hystérie, ni analgésie, ni hyperesthésie. Cette névrose, que j'appelle somnambulisme pathologique, est très fréquente chez l'homme. J'ai connu un étudiant qui présentait des accès de ce genre. Quand il était fatigué, à la suite d'excès de travail ou autres, il avait un accès. J'en ai vu quatre ou cinq et ils se passaient tous de la même manière.

Il passait plusieurs fois sa main dans ses cheveux et s'endormait ; puis il entrait dans une période de grands mouvements ; comme dans l'hystérie convulsive, il résistait vigoureusement à ceux qui voulaient le maîtriser. Il s'endormait de nouveau comme épuisé, puis, au bout de deux ou trois minutes, il se mettait à raconter une histoire très dramatique qu'il répétait toujours de la même manière. Il y avait une nouvelle phase de sommeil et au réveil il ne se souvenait de rien. Plus tard il a parfaitement guéri.

Une autre raison qui distingue le somnambulisme pathologique de l'hystérie, c'est que dans la première de ces maladies les malades ne présentent pas les stigmates de l'hystérie ; ni analgésie, ni hyperesthésie, pas de points hystérogènes. Chez notre ma-

lade, il n'y a de l'anesthésie que pendant une phase de ses accès, phase qui ne se produit que rarement.

Ces malades guérissent tout à fait au bout d'un certain temps ; tandis que dans l'hystérie véritable, on ne guérit pas. On peut guérir un des symptômes de l'hystérie, les vomissements, la paralysie, etc., mais le malade reste hystérique. C'est une maladie presque incurable.

Il est utile d'insister au point de vue nosologique et au point de vue pratique ; le somnambulisme pathologique guérit presque toujours.

J'ajoute que la malade qui fait le sujet de cette observation est guérie depuis plusieurs mois.

TREIZIÈME CONFÉRENCE.

SOMMAIRE. — Affection mitrale (suite), bruits extra-cardiaques simulant la péricardite.

De la péritonite suppurée chez les adolescents. — De l'évacuation du pus par l'ombilic et de sa guérison. — Observation.

Messieurs,

Je vais encore vous parler de la malade qui a une lésion mitrale traitée par la digitale ; elle a présente ces jours derniers un phénomène assez curieux. Il y a quelque jours elle se plaignit d'un violent point de côté à gauche ; déjà nous avions craint une pleuresie, car on trouvait en arrière et sur le côté quelques frottements légers, mais très etendus. Le lendemain

matin on entendait en arrière, vers l'angle de l'omoplate, un gros bruit, un bruit de cuir neuf qui était isochrone aux bruits du cœur. Losque la malade faisait une forte inspiration, ce bruit diminuait et il était alors possible de percevoir les bruits de frottements de la plèvre, qui étaient complètement couverts par le bruit de cuir neuf dans les petites inspirations. L'auscultation en avant ne révélait rien autre que les bruits de souffle qui existaient auparavant. Notons, en passant, que chez cette malade, l'impulsion cardiaque était très forte et que les bruits du cœur s'entendaient parfaitement en arrière. Ici on ne pouvait se tromper ; il fallait admettre que ces bruits se passaient dans la plèvre, quoiqu'ils eussent une grande analogie avec ceux de la péricardite : on n entendait absolument rien en avant dans la région précordiale. Je donnai *bryone* (T. M.), X gouttes, parce que je pensais qu'il fallait aller vite. Le lendemain le bruit avait diminué et le surlendemian on n'entendait plus rien que de légers frottements très superficiels.

Pendant que cette malade prenait bryone, les urines ont de nouveau diminué ; je l'ai remise à *digitale* et il a fallu trois jours pour que ce médicament reproduise son action diurétique. Habituellement, chez cette malade, l'effet diurétique était produit au bout de un ou deux jours au plus.

Un mot des bruits extra-cardiaques : c'est une question que l'on néglige et qu'il est cependant nécessaire de bien connaître.

Ces bruits peuvent avoir deux sièges différents et

se passer dans la plèvre ou dans le poumon. Lorsqu'ils se passent dans la plèvre, ils sont plus ordinairement systoliques et ils ont pour caractère de diminuer et même de disparaître dans les grandes inspirations. Pourquoi ? Parce que, dans les grandes inspirations, les parois thoraciques s'éloignant un peu plus du cœur, la pression exercée par cet organe sur les parties du poumon sont moins fortes et le bruit diminue ou disparaît entièrement. Ces bruits ont leur siège habituel en avant, un peu à gauche du sternum.

Je ne crois pas qu'ils aient été signalés en arrière, comme chez notre malade. Il existe encore d'autres bruits qui se passent dans le poumon et qui sont produits par les mouvements du cœur. Ce sont des bruits de souffle. Ils se produisent plus souvent à l'expiration. On en a donné plusieurs explications : 1° Pendant la systole, le cœur diminuant rapidement de volume, opère un vide dans une partie du poumon en contact avec lui, et il se produit une aspiration d'air très rapide qui produit un souffle coïncidant avec le premier temps. 2° Le cœur ou l'aorte dilatés compriment rapidement les parties du poumon, en chassent l'air rapidement et il se produit un souffle. Vous comprenez qu'il est très important de ne pas confondre ces bruits de souffle avec un souffle organique du cœur. Il suffit de savoir que ces bruits existent et de connaître leur caractère et les conditions de leur production pour que l'on soit en garde contre une erreur de diagnostic qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses.

Je vais maintenant vous parler d'un cas de péritonite essentielle, chez un jeune garçon, terminée le 24e jour par ouverture spontanée de l'ombilic et ayant donné issue à une quantité considérable de pus.

Ce cas a été observé au dehors ; mais quoique n'appartenant pas à la clinique de l'Hôpital, il est assez intéressant pour que je vous en dise quelques mots

Le début fut tout à fait brusque ; ce début fut celui d'une indigestion ; prostration extrême, pâleur de la face, vomissements, diarrhée, ventre très douloureux et coliques violentes précédant les selles. Je crus que nous avions affaire à une simple entérite et je me contentai de prescrire belladone (3e). Le soir il se fit une réaction avec fièvre et coliques violentes. Le lendemain, le mouvement fébrile était considérable ; il y avait eu du délire pendant la nuit et la température était de 40°, la diarrhée devenait inquiétante, je commençais à penser à une péritonite ; *colocynthis* (3e dilution). Le 3e jour, il y avait une légère diminution de la fièvre ; il n'y eut pas de selle, mais seulement des douleurs dans le ventre, je continuai colocynthis (3e). Le jour suivant, je donnais *opium* pour amener une selle ; l'effet fut produit. Puis j'associai opium et colocynthis à cause des douleurs vives qui existaient toujours dans le ventre.

Le 7e jour, il y avait une amélioration notable, la température était à 38.4 le matin et à 38.8 le soir ; je fis alimenter légèrement le malade, lait et bouillon. Le 8e jour, la fièvre cesse à peu près ; mais le malade commence à maigrir et cet amaigrissement fait des progrès considérables en deux jours.

Le 11e jour, vient s'ajouter un nouveau symptôme qui montrait que la vessie était atteinte ; il y eut de la rétention d'urine, je fis mettre un cataplasme sur le ventre, le malade fut soulagé et put uriner.

Le 13e jour la fièvre reparut, mais rémittente, avec d'assez grandes oscillations. Il y avait toujours de la difficulté pour uriner et on trouvait dans la région sous-ombilicale de la matité qui indiquait un épanchement dans le péritoine. La faiblesse était très grande et l'amaigrissement était considérable. Je prescrivis carbo vegetabilis et en même temps l'application d'une large couche de collodion sur la paroi abdominale.

Le 20e jour, l'état fébrile est le même ; toujours même faiblesse ; l'amaigrissement semble faire encore des progrès. La lésion se caractérise ; on sent au-dessous de l'ombilic une tumeur manifeste avec fluctuation. Le ventre présente un volume énorme, comme s'il s'agissait d'une grossesse au 5e mois. Je donnai *apium virus*, car je ne pensais pas que ce fût un épanchement purulent ; je croyais plutôt avoir affaire à un épanchement séreux avec tuberculisation péritonéale.

Le 22e jour, le malade est d'une maigreur squelettique, la face est terreuse. Il présente une tuméfaction au niveau de l'ombilic, comme une hernie contenant du liquide. Le moindre contact à ce niveau est excessivement douloureux.

Le 24e jour, le malade a eu des coliques violentes et à la suite a évacué par l'intestin à peu près un litre de pus. Le soir la tumeur ombilicale s'est ouverte et

il s'est écoulé une quantité énorme de pus ; le petit malade était littéralement baigné dans son lit.

Le lendemain, coup de théâtre : amélioration considérable, le malade ne souffrait plus et paraissait même un peu gai. L'écoulement du pus continuait, interrompu de temps en temps par un bouchon fibrineux. L'examen microscopique a fait reconnaître que ces bouchons étaient des fausses membranes.

Depuis ce jour le malade se trouve bien, la gaîté est revenue ainsi que l'appétit, et il engraisse pour ainsi dire à vue d'œil. Il est survenu un petit incident: le malade a eu quelques coliques dues à la constipation ; un lavement avec de la glycérine a fait tout rentrer dans l'ordre.

Enfin, pour abréger, on a appliqué un pansement qui exerçait une légère compression sur les flancs. Le pus qui s'écoulait par l'ombilic n'a jamais présenté aucune odeur. Aujourd'hui il s'écoule un liquide séreux et la guérison paraît prochaine. (1)

Eh bien, j'ai cru devoir, à l'occasion de ce malade vous parler de la péritonite des enfants.

La péritonite essentielle, c'est-à-dire indépendante de toute lésion des parois ou des organes abdominaux et survenue sous l'influence du froid, par exemple, est fort rare, si rare que des auteurs en nient l'existence. Chez l'adulte, en effet, elle est le plus souvent traumatique et consécutive à la lésion des

(1) Cette guérison a, en effet, été complète et est confirmée depuis plusieurs mois.

organes abdominaux : lésions du foie, de l'estomac, de l'intestin, plaies pénétrantes ; chez la femme à la suite des couches, sous l'influence de la puerpéralité; cancer, lésions tuberculeuses, etc. Il n'en est pas de même chez l'enfant où l'on observe assez souvent des cas de péritonite essentielle, c'est-à-dire indépendante de tout autre état morbide.

Godron, dans une thèse, en 1875, a publié vingt-cinq ou trente observations de péritonite essentielle de l'enfance. Chez l'adulte, la péritonite est presque toujours mortelle, tandis que chez l'enfant il a observé la guérison huit fois sur vingt-cinq. Il se produit le plus souvent une péritonite adhésive qui limite la suppuration, et la collection purulente s'ouvre le plus souvent au niveau de l'ombilic.

Quels sont les symptômes de cette péritonite? Vous avez vu qu'il y a quelquefois des hésitations.

Le début est brusque, il y a des vomissements, mais il n'ont pas la ténacité et la persistance que l'on trouve chez l'adulte. La diarrhée est la règle et la constipation s'observe rarement ; ballonnement du ventre, douleur violente qui fait pousser des cris au malade et fièvre assez intense, jusqu'à 40°5. La terminaison fatale peut arriver par violence de la fièvre vers la fin du premier septenaire; mais après la suppuration, c'est la guérison qu'on observe le plus souvent.

L'ouverture se fait du 20e au 30e jour ; chez notre malade, elle s'est faite le 24e jour, et elle se fait le plus souvent par l'ombilic. La suppuration peut durer de un à trois mois.

Il est important d'établir le diagnostic différentiel de la péritonite et du phlegmon abdominal. On ne comprend pas qu'un épanchement purulent dans le péritoine puisse guérir ; cependant, la preuve en est faite, la thèse de Godron renferme des cas de mort avec autopsie. Dans le phlegmon, il y a une induration particulière qui circonscrit l'abcès, tandis qu'ici il y a une fluctuation particulière simulant l'ascite.

Enfin, il est un signe qui a été constaté, c'est la saillie de l'ombilic. Cette saillie a été prise souvent pour une hernie avec un commencement d'étranglement. D'un autre côté, la quantité considérable du pus qui s'écoule n'est pas en rapport avec un phlegmon ; on en observe jusqu'à dix et douze litres. On a pu examiner les produits au microscope, ils ne contenaient que des éléments venus d'une cavité séreuse.

Pourquoi l'ouverture qui doit donner issue au pus se fait-elle toujours à l'ombilic ? Godron pense que c'est parce que c'est la région la plus faible et qu'à ce niveau le péritoine est rarement doublé d'un fascia. L'ascite fait souvent saillie par l'ombilic ; les hernies se produisent souvent dans cette région. Cette explication ne me satisfait pas. Il y a deux cas où l'ouverture s'est faite en dehors de l'ombilic ; une fois dans la région inguinale, l'autre fois au niveau des fausses côtes, ce qui prouve que la faiblesse de la paroi abdominale, au niveau de l'ombilic, ne peut expliquer pourquoi les abcès interpéritonéaux s'ouvrent dans ce lieu. Je crois qu'il est plus conforme

à la vérité de dire que l'inflammation qui précède la formation du pus se propage le long de la gaine des vaisseaux ombilicaux et de l'ouraque. Cette inflammation suivant cette gaine trace ainsi un chemin à la collection purulente.

Le *traitement allopathique* est extrêmement violent. Il consiste en vésicatoires, sangsues, frictions mercurielles et mercuriaux à l'intérieur et, quand l'abcès est ouvert, lavages antiseptiques.

Nous sommes moins violents: j'ai prescrit *colocynthis* et l'application d'une couche de collodion. Cette application est préconisée par Robert de Latour. Quelle que soit la valeur de son explication sur l'action des applications de collodion, j'ai remarqué que la douleur était souvent calmée par cette application, et c'est le fait important.

Après l'ouverture, j'ai fait mettre des cataplasmes arrosés avec une solution d'hydrate de chloral au 1000e et j'ai exercé une compression méthodique sur les flancs. Comme le pus n'avait pas d'odeur, je me suis abstenu de faire des lavages ; j'aurais craint qu'une intervention intempestive n'amenât des complications fâcheuses.

En résumé, la péritonite essentielle, *a frigore*, est contestée, chez l'adulte ; il n'y a de bien certain que la péritonite traumatique. La péritonite essentielle est fréquente chez l'enfant, où elle est d'une bénignité relative, puisqu'elle se termine fréquemment par la guérison. Cette péritonite a une tendance à perforer l'ombilic ; (un auteur l'appelle même *péritonite perforante*).

Dr P. Jousset.

REVUE DE NOVEMBRE 1886

LES INOCULATIONS ANTIRABIQUES

Je borne cette revue de novembre à un seul sujet : les inoculations antirabiques. Les questions qu'elles soulèvent, au point de vue de la clinique, de la pathologie et de la thérapeutique, sont d'une importance capitale. Aussi, pour préparer les bases d'une discussion approfondie, nous empruntons textuellement au Bulletin de l'Académie de médecine les documents suivants. A. C.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

Nouvelles communications sur la rage,

par M. Louis Pasteur.

Cette note est divisée en trois parties. La première comprend des résultats statistiques sur l'application de la méthode de prophylaxie de la rage depuis une année ; la deuxième, l'exposé de certaines modifications à cette méthode ; la troisième fait connaître les résultats d'expériences nouvelles sur les animaux.

I. Il y a une année, le 26 octobre 1885, j'ai fait connaître à l'Académie une méthode de prophylaxie de la rage après morsure. Des applications nombreuses sur les chiens m'avaient autorisé à la tenter sur l'homme. Dès le 1er mars, 350 personnes mordues par des chiens dûment enragés, quelques-unes par des chiens seulement suspects de rage, avaient été

traitées à mon laboratoire par le Dr Grancher, professeur à la Faculté de Médecine. En présence des résultats heureux que nous avions obtenus, la création d'un établissement vaccinal contre la rage me parut nécessaire.

.... Aujourd'hui, 31 octobre 1886, 2,490 personnes sont venues subir, à Paris, les inoculations préventives de la rage. Le traitement a été d'abord uniforme pour la grande majorité des mordus, malgré les conditions très diverses d'âge, de sexe, du nombre de morsures, du siège de celles-ci, de leur profondeur et du temps écoulé entre le moment des morsures et le début du traitement. Cette uniformité s'imposait en quelque sorte dans une première année d'observations. Le traitement était de dix jours : chaque jour la personne mordue recevait une injection de moelle de lapin, en commençant par la moelle du 14e jour et en finissant par la moelle du 5e jour.

Les 2,490 personnes se classent comme il suit, par nationalités :

Angleterre	80	Russie	191
Autriche-Hongrie	52	Indes anglaises	2
Allemagne	9	Roumanie	22
Belgique	57	Turquie	7
Espagne	107	Suisse	2
Grèce	10	Etats-Unis	18
Hollande	14	Brésil	3
Italie	165	France	1.726
Portugal	25	Algérie	

Le nombre total des Français venant de France ou d'Algérie étant considérable, puisqu'il est en ce moment de plus de 1,700, nous pouvons nous borner à discuter l'efficacité de la méthode en ne considérant que les faits relatifs à cette catégorie de mordus.

Sur ces 1,700 cas traités, il en est 10 pour lesquels le traitement a été inefficace.

Ce sont : les enfants Lagut, Peytel, Clédière, Moulis, Astier, Videau, la femme Leduc (70 ans), Marius Bouvier (30 ans), Clerjot (30 ans), Magneron (Norbert) (18 ans).

Je mets à part deux autres personnes, Louise Pelletier et Moerman, dont la mort doit être attribuée à leur arrivée tardive au laboratoire : Louise Pelletier, 36 jours, et Moermann, 43 jours après leurs morsures.

10 morts sur 1,700, 1 pour 170, tel est pour la France et l'Algérie le résultat de la méthode dans sa première année d'application.

Prise en bloc, cette statistique démontre l'efficacité de la méthode, efficacité démontrée également par les morts relativement très nombreuses des personnes mordues non vaccinées. On peut, certes, affirmer que, parmi les Français mordus pendant cette année 1885-1886, bien peu ne sont pas venus au Laboratoire de l'Ecole Normale. Eh bien, sur cette faible minorité, il y a, à ma connaissance, 17 cas de mort par rage, Je les indique ci-dessous en note (1).

(1) 1. M. le maire de Tourcoing m'a signalé, le 12 décembre 1885, la mort par rage d'un enfant nommé Samyn (François), mordu, le même jour, par le même chien que Mériaux (Jacques-Louis), lequel a été inoculé en novembre 1885 et se porte bien. On avait négligé d'envoyer l'enfant mordu à mon laboratoire.

2. Quatre enfants du couvent de l'Alma, près d'Alger, furent mordus le 31 août 1885. L'un d'eux, non inoculé, est mort de

A tous les faits de notre statistique s'ajoute le document suivant :

Le nombre des personnes qui meurent de la rage,

rage à l'hôpital civil d'Alger ; les trois autres furent vaccinés en novembre 1885 et vont bien.

3 et 4. Le mari et le beau-père de Céline Lugaz, de la commune de Vovray (Haute-Savoie), non vaccinés, sont morts de rage dans la même semaine. Céline Lugaz a été vaccinée en novembre 1885.

5. Harembure, dit Larralde, est mort de rage, non vacciné, le 22 janvier 1886, à Amorotz-Succos, dans les Basses-Pyrénées.

6. Après avoir vu mourir de rage dans sa commune une femme, non inoculée, mordue en même temps que lui et par le même chien, Malandain (Ernest), de Daubœuf-Serville (Seine-Inférieure), a été inoculé en août 1886.

7. Henri Riffiandi, Italien, est mort de la rage à l'hospice Beaujon, en avril dernier. Il avait eu l'imprudence de juger qu'une blessure légère qu'il avait reçue d'un chien enragé, au mois de février, était sans danger, et il ne vint pas se faire inoculer.

8. Après avoir vu mourir de la rage, le 17 juin, une de ses voisines, non inoculée, Mme veuve Busson, de Voujoncourt (Doubs), est venue se faire traiter.

9. M. Jamin père, de la Sarthe, a été pris de rage le 7 août, non inoculé, après avoir été mordu le 26 juin, en même temps que son fils Henri Jamin, Alfred Moermann et Marie Touchard. Ces trois derniers sont venus aux inoculations quarante-trois jours après leurs morsures. Moermann a succombé malgré son traitement, après cette arrivée si tardive.

Outre ces neuf personnes, il est mort de la rage, à Marseille, le jeune Manon ; à l'Hôtel-Dieu, le sieur Raffin ; le

à Paris, est très rigoureusement connu pour les hôpitaux, surtout depuis cinq ans.

Par ordre du préfet de police, tout cas de rage qui se présente dans les hôpitaux de Paris est immédiatement signalé par les directeurs de ces hôpitaux à M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre du Conseil d'Hygiène et de salubrité de la Seine, qui est chargé de faire une enquête suivie d'un rapport au Conseil. On sait ainsi, pertinemment, que, dans les cinq dernières années, 60 personnes sont mortes de la rage dans les hôpitaux de Paris : en moyenne 12 par an. Aucune année, d'ailleurs, n'a été exempte de morts plus ou moins nombreuses. L'an dernier, il y en a eu 21. Or, depuis le 1er novembre 1885 que fonctionne la méthode préventive de la rage à mon laboratoire, il n'est mort de rage, dans les hôpitaux de Paris, que deux personnes, toutes deux non inoculées (1), et une troisième qui l'avait été, mais non par les traitements intensifs répétés dont je vais parler dans un moment (2).

gardien de la paix Carpier ; Jules L'Hôte ; un enfant de Vervins ; Mlle Ganet, morte de la rage en wagon, arrivant tardivement au laboratoire pour se faire vacciner.

Les docteurs Tuefferd et Beucler, de Montbéliard, m'ont signalé la mort, par rage, de deux personnes qui ne sont pas venues suivre le traitement préventif.

Total : 17 personnes, mortes de la rage, toutes non inoculées.

(1) Raffin (Hôtel-Dieu) ; Riffiandi (hospice Beaujon).

(2) Clerjot (hôpital Tenon).

Si l'on étudie les faits qui précèdent, on voit que le plus grand nombre de ceux qui ont succombé malgré le traitement, sont des enfants, et ont été mordus à la face. Ces enfants ont subi le traitement simple. Or, j'ai acquis la conviction que ce traitement, surtout pour des morsures de ce genre, risque d'être insuffisant. Malheureusement cette conviction n'a pu être acquise que tardivement, de longs délais étant nécessaires pour conclure, à cause de la durée exceptionnelle de certaines incubations de la rage.

L'histoire des Russes de Smolensk a été un premier enseignement.

Lorsque nous vîmes mourir à l'Hôtel-Dieu trois de ces dix-neuf Russes mordus par un loup enragé, le premier en plein traitement, les deux autres quelques jours après la fin de leur traitement, le Dr Grancher et moi nous fûmes très troublés. Les seize autres allaient-ils donc succomber à la rage ? La méthode était-elle impuissante devant la rage du loup ? Nous souvenant alors que tous les chiens que j'avais vaccinés avec succès avaient reçu, en dernière inoculation préservatrice, une moelle virulente extraite le jour même et que le premier vacciné, Joseph Meister, avait terminé son traitement par une moelle extraite la veille, nous avons fait subir un second et troisième traitement aux seize Russes qui restaient, en allant jusqu'aux moelles les plus fraîches, celles de 4, de 3 et de 2 jours. C'est à ces traitements répétés qu'il faut attribuer, très vraisemblement, la guérison des ces seize Russes. Une dépê-

che, reçue ce matin du maire de Béloï, m'annonce qu'ils sont toujours et tous en bonne santé.

II. Encouragé par ces résultats et par de nouvelles expériences que j'exposerai tout à l'heure, j'ai modifié le traitement en le faisant à la fois plus rapide et plus actif pour tous les cas, et plus rapide encore, plus énergique pour les morsures de la face ou pour les morsures profondes et multiples sur parties nues.

Aujourd'hui, dans le cas de blessures au visage ou à la tête et pour les blessures profondes aux membres, nous précipitons les inoculations afin d'arriver promptement aux moelles les plus fraîches.

Le premier jour, on inoculera, par exemple, les moelles de douze, de dix, de huit jours, à 11 heures, à 4 heures et à 9 heures ; le deuxième jour, les moelles de six, de quatre, de deux jours, aux mêmes heures ; le troisième jour, la moelle de un jour. Puis le traitement est repris ; le quatrième jour par moelles de huit, de six, de quatre jours ; le cinquième jour par moelles de trois et de deux jours. Le sixième jour par moelle d'un jour. Le septième jour par moelle de quatre jours. Le huitième jour par moelle de trois jours. Le neuvième jour par moelle de deux jours. Le dixième jour par moelle d'un jour.

On fait ainsi trois traitements en dix jours et en conduisant chacun aux moelles les plus fraîches.

Si les morsures ne sont pas cicatrisées, si les personnes mordues ont tardé de venir au traitement, nous arrive, après des intervalles de repos de deux

jours, de reprendre de nouveau ces mêmes traitements et d'atteindre les périodes de quatre à cinq semaines qui sont les périodes dangereuses pour les enfants mordus à la face (1).

Ce mode de vaccination fonctionne, pour les grièvement mordus, depuis deux mois, et les résultats sont jusqu'ici très favorables. Qu'il me suffise, pour en donner la preuve, de mettre en parallèle, d'une part, les circonstances de morsure et d'inoculation des 10 enfants gravement mordus au mois d'août dernier et ayant reçu le traitement intensif, d'autre part, celles qui sont relatives à 6 enfants que le traitement simple n'a pas préservés.

Comme il est rare que la période dépasse, pour les enfants mordus au visage et à la tête, la durée de quatre à six semaines, j'ai la confiance que ces 10 enfants sont, dès à présent, hors des atteintes de la rage.

Ce nouveau traitement a exigé une extension du service de la rage. M. le Dr Terrillon, agrégé de la Faculté de Médecine, M. le Dr Roux, sous-directeur de mon laboratoire, M. le Dr Chantemesse, médecin des hôpitaux, et M. le Dr Charrin nous ont apporté, au Dr Grancher et à moi, leur collaboration la plus dévouée.

(1) Pour des cas de morsures multiples très graves, le premier traitement pourrait être donné en un seul jour et répété les jours suivants. Les expériences sur les chiens autoriseraient cette pratique. En Russie, on constate de telles morsures soit par des loups, soit par des chiens.

III. Il me reste à faire connaître à l'Académie les résultats de nouvelles expériences sur les chiens.

On pouvait objecter à la pratique habituelle des vaccinations de l'homme *après* morsure, fondée sur la vaccination des chiens *avant* morsure, que l'immunité des animaux n'avait pas été suffisamment démontrée après leur infection certaine par le virus rabique. Pour répondre à cette objection, il suffit de produire l'état réfractaire des chiens après trépanation et inoculation intra-crânienne du virus de la rage des rues. La trépanation est le mode d'infection le plus certain et ses effets sont constants.

Mes premières expériences sur ce point remontent au mois d'août 1885. Le succès avait été partiel. Dans le cours de ces derniers mois, j'ai repris ces expériences aussitôt que le service de la rage m'en a laissé le loisir. Voici les conditions de leur réussite : la vaccination doit commencer peu de temps après l'inoculation, dès le lendemain, et l'on doit y procéder rapidement, donner la série des moelles préservatrices en vingt-quatre heures et même dans un délai moindre, puis répéter, de deux en deux heures, le traitement une ou deux fois.

Si le Dr de Frisch, de Vienne, a échoué dans des expériences de ce genre, cet échec est dû à la méthode de vaccination lente qu'il a adoptée. Pour réussir, il faut, je le répète, procéder rapidement, vacciner les animaux en peu d'heures, puis les revacciner. On pourrait formuler ainsi les conditions de réussite ou d'échec de ces expériences : Le succès de la vaccination des animaux, après leur infection par trépana-

tion, dépend de la rapidité et de l'intensité de la vaccination.

L'immunité conférée dans de telles conditions est la meilleure preuve de l'excellence de la méthode. (*Applaudissements.*)

M. Verneuil. — Je viens d'écouter l'importante communication de M. Pasteur avec d'autant plus de plaisir, qu'elle vient répondre à ce courant de dénigrement qu'on voit depuis quelque temps se glisser dans l'ombre contre son admirable découverte. Avant-hier encore, à l'hôpital, on me disait en termes discrets que neuf malades venaient de succomber à Paris à la suite des inoculations antirabiques ; il est vrai qu'on ignorait dans quel hôpital, dans quelle maison, qu'on ne parlait que par ouï-dire, sans pouvoir rien articuler de précis. Bientôt cette campgne ténébreuse aurait pu faire quelque tort au courant bien légitime d'admiration que la méthode de M. Pasteur doit inspirer à tous les esprits de bonne foi et sans parti pris. Et la preuve que la méthode est bonne, c'est que M. Pasteur vient précisément de la perfectionner, on vient de voir avec quels succès. Il peut donc sans crainte continuer de marcher dans la voie du progrès sans se préoccuper davantage de ses obscurs blasphémateurs. (*Applaudissements.*)

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE.

Sur la vaccination rabique,

par M. Colin (d'Alfort).

Les dernières paroles prononcées, il y a huit jours, par l'un de nos collègues, me font monter aujour-

d'hui à la tribune, quoique j'aie presque juré de ne jamais faire à M. Pasteur aucune question ni aucune objection en son absence.

J'aurais depuis longtemps dit ma pensée sur les vaccinations rabiques, charbonneuses et autres, si on m'eût donné la parole aux rares séances où il nous a apporté le résultat de ses travaux. L'expression de mes doutes, de mon incrédulité à l'endroit de beaucoup de points de ses communications, lui aurait fourni l'occasion très belle et certainement très enviable de

Jeter des torrents de lumière
Sur ses obscurs blasphémateurs.

Ces torrents de lumière, je viens les réclamer pour moi et pour ceux qui n'ont pas la vue aussi perçante que les admirateurs du grand maître.

Tout ce que je vais dire se rapportera à la question de savoir si les résultats indiqués dans la statistique de M. Pasteur donnent la mesure de la valeur des inoculations rabiques, dites préventives, telles qu'elles ont été pratiquées jusqu'à ce moment.

D'abord, il me paraît impossible d'accepter, sans un sérieux examen, les chiffres effrayants de la statistique de M. Pasteur. En un an et quelques mois, 2,400 individus sont venus rue d'Ulm faire traiter leurs morsures d'animaux enragés. Que ces 2,400 individus soient venus là, après avoir été mordus par des chiens, des loups ou des chats et qu'ils y aient été traités, c'est ce dont je ne doute pas, puis-

qu'on les a comptés. Mais que ces 2,400 individus, dont 1,700 Français, aient été mordus par des animaux sûrement enragés, c'est ce que, malgré tous mes efforts, je ne puis admettre. Aucune statistique passée ou présente ne changera ma conviction, car je sais avec quels éléments ces statistiques sont dressées. Ces éléments, dans une foule de cas, sont recueillis par des gens incompétents ; ils ne sont pas contrôlés ni même, très souvent, susceptibles de contrôle.

Voici, par exemple, un chien triste depuis quelques jours, qui, sans motif apparent, s'échappe du logis de son maître, se jette sans provocation sur les hommes et les animaux qu'il rencontre en son chemin. On le poursuit et on le tue. Celui-ci est, à peu près, certainement enragé. Mais, voilà un autre chien qui, dans la rue, est agacé et maltraité. Il lui prend fantaisie de donner un coup de dent à un passant. On tombe sur le délinquant à coups redoublés. Naturellement il se défend d'un air furieux, féroce. Sa physionomie étrange confirme les spectateurs dans l'idée que l'animal peut être enragé, et il est mis au même rang que l'autre. Si, dans la localité ou au voisinage, il se trouve un vétérinaire, on songe à l'autopsie. Mais comme il y en a 30 à 40 par département, 1 pour 10 ou 15 communes, l'autopsie n'est pas faite, ou, si elle l'est, elle ne donne qu'une présomption au lieu d'une certitude. Pour peu qu'on trouve une légère rougeur à la gorge, quelques brins de foin ou de paille dans l'estomac — et il s'en trouve sur tous ceux qui n'ont pas l'avantage de manger à table —

on incline à déclarer l'animal enragé. On le fait encore pour une foule de raisons : parce que le chien a mordu et qu'il a paru furieux, parce qu'on a cru devoir le tuer, enfin parce que, dans le doute, il est toujours bon de prendre des précautions, de cautériser les individus blessés, de surveiller les animaux mordus, et, d'ailleurs, parce qu'il n'y a aucun inconvénient à éclaircir la population canine en abattant un certain nombre de ses blessés.

Dans les cas du genre de ceux-là qui sont les plus communs, il n'y a pas de certitude. L'autopsie seule faite avec le plus grand soin ne peut la donner, même en y ajoutant l'examen microscopique fait par le vétérinaire le plus habile, fût-il de la force des Kœllicker ou des Ranvier. Cette certitude ne peut être acquise qu'au vu de l'animal vivant, malade et surtout périssant paralysé quelques jours après la manifestation des premiers symptômes rabiques. Aussi faut-il, tout en commençant, déduire du nombre total des animaux donnés comme enragés par les statistiques un nombre considérable, mais indéterminé de non-enragés. Par conséquent, il faut de même déduire, dans celle de M. Pasteur, du chiffre des personnes mordues un chiffre également considérable représentant les mordus pour le compte desquels les résultats du traitement antirabique ne prouvent absolument rien.

D'ailleurs il importe de remarquer que le chiffre total englobant les deux catégories de mordus est beaucoup moins élevé dans les statistiques officielles que dans celle de l'École normale. En voici une toute

récente qui le prouve de la façon la plus nette et la plus sûre. Elle émane du Ministère de l'Agriculture et elle est dressée par application de la nouvelle loi sur la police sanitaire. Ce qui lui donne de l'intérêt, c'est qu'elle est dressée, mois par mois, pour la présente année. Les mordus qui y figurent sont ceux que M. Pasteur doit avoir eus pour clients. Or, je trouve dans cette statistique ministérielle que j'ai sous la main :

En octobre 1885.....	24	personnes mordues.
En novembre.....	18	—
En décembre.....	15	—
En janvier 1886.....	40	—
En février.....	21	—
En mars.....	40	—
En avril.....	17	—
En mai.....	25	—
En juin.....	21	—
En juillet.....	50	—
En août.....	36	—
En septembre.....	44	—
Total pour les 12 mois	351	personnes.
En moyenne.....	29	personnes par mois.

D'après cette statistique, dont je ne suis pas chargé de garantir l'exactitude, il y a beaucoup plus d'animaux mordants que de personnes mordues. Pour l'année entière il a été abattu 1,713 de ces animaux, savoir : 1,697 chiens et 16 chats, de sorte qu'il a fallu 4 chiens 8 dixièmes pour mordre une seule per-

sonne. Cette particularité suffit seule à montrer que de ces animaux occis, une bonne partie ne devaient pas être enragés, car s'ils l'eussent été tous, ils auraient réussi à marquer de leur dent un bien plus grand nombre de victimes.

En tout cas, il y a loin de ce nombre 351 à celui que donne la statistique des individus soumis aux injections antirabiques. L'écart est de plus de 1,000, puisqu'il faut retrancher des 1,726 Français les 350 qui ont été traités antérieurement au mois d'octobre 1885.

Qu'on tienne ou qu'on ne tienne pas compte de cet écart entre les deux statistiques, il est une première défalcation à faire dans le nombre des individus traités. Il faut au point de vue de la valeur du traitement, retrancher de ce nombre celui des individus mordus par des chiens non enragés, chiens qu'on a cru rabiques ou déclarés tels d'après de vagues indices ou des constatations insuffisantes.

Une deuxième défalcation est non moins nécessaire que la précédente. Chacun sait que tous les individus, hommes ou animaux, mordus par des chiens enragés ne contractent pas la rage, quoiqu'ils ne soient soumis à aucune espèce de traitement. C'est là un fait d'observation confirmé par un grand nombre d'expériences souvent répétées dans les Ecoles vétérinaires. Tous ces individus ne la contractent pas, ne peuvent pas la contracter, pour une foule de raisons. Souvent, la dent est sèche et ne porte rien dans la plaie ; lorsqu'elle est humide, elle s'essuie en traversant les vêtements ou en passant entre les

poils. Lorsqu'elle porte la salive dans la plaie, ce peut être en quantité insuffisante, ou bien cette salive est entraînée par l'hémorrhagie, ou encore, bien qu'elle reste, ne s'absorbe pas, soit parce qu'elle se mêle à l'exsudat, se dessèche avec lui et se comporte comme un corps étranger ; enfin, c'est que, dans certains des cas où elle est absorbée, elle peut encore être neutralisée ou détruite sous des influences inconnues.

Quoiqu'on ne puisse établir exactement la proportion des sujets qui doivent, pour ces diverses causes, éviter la contagion rabique, — car cette proportion est variable suivant les conditions où se trouve l'animal qui mord, — on est fondé à affirmer qu'elle est assez forte. Les expériences de M. Renault ont fait voir que sur dix chiens couverts de morsures dans des combats acharnés avec des rabiques de leur espèce, la moitié échappe quelquefois aux suites de ces morsures. Comme l'homme paraît avoir moins d'aptitude que le chien à contracter la rage, il doit vraisembablement se montrer réfractaire dans une proportion encore plus forte que le carnassier.

Aux deux défalcations précédentes qui réduisent déjà de beaucoup le nombre des individus à traiter, il faut en ajouter une troisième fort importante, celle des sujets cautérisés pour éviter les suites des morsures.

La cautérisation qui est appliquée aujourd'hui à la presque totalité des sujets mordus n'est pas appréciée à sa juste valeur, parce qu'on s'imagine que les inoculations rabiques la réclament, sous peine

d'inefficacité, dans des délais très courts. C'est là une grande erreur. La salive, surtout quand elle est épaisse et filante ou sous forme de bave, est un liquide peu diffusible, peu miscible à l'eau, à la sérosité et au sang, peu apte à pénétrer les tissus et à former des courants osmotiques. Elle demeure longtemps dans les solutions de continuité avant d'imbiber les tissus et d'entrer dans les absorbants. Elle est encore au lieu du dépôt au moment où une foule d'autres liquides auraient complètement disparu. Aussi la cautérisation, si elle est suffisamment étendue et profonde, peut-elle être efficace, même longtemps après la morsure. Il est à peu près certain qu'elle préviendrait la rage sur tous les sujets, si elle était appliquée exactement, dans de courts délais et que, par conséquent, elle pourrait rendre les autres traitements superflus.

A cette cautérisation, mieux pratiquée aujourd'hui qu'autrefois et sur la presque totalité des sujets mordus, il faut, en bonne logique, pour être juste, rapporter une grande partie des cas de préservation mis à l'actif de la vaccination rabique.

Si, maintenant, nous additionnons les sujets traités, savoir : 1° les mordus par animaux enragés ; 2° ceux sur lesquels les morsures ne devaient pas avoir de suites fâcheuses ; 3° ceux qu'une cautérisation efficace a preservés, il nous reste les sujets pour lesquels la vaccination ou un autre traitement pouvait être utile. Quoique nous n'ayons pu arriver à la détermination du nombre des sujets de chacun des trois premiers groupes, celui que nous cherchons est

tout trouvé : c'est le nombre des mordus qui mouraient annuellement avant l'emploi du traitement de M. Pasteur. Ce nombre, d'après les statistiques les plus sérieuses, est une trentaine par an. Il ne devrait être augmenté que si celui des animaux enragés s'était accru, et il devrait être réduit si, ce qui est très probable, le traitement par la cautérisation était mieux appliqué et dans une plus forte proportion qu'autrefois.

En admettant que le nombre des condamnés à mort à la suite des morsures rabiques soit en moyenne de trente, nous arrivons à porter à dix-huit ou à vingt celui des sujets que la vaccination a graciés.

Les résultats du traitement employé par M. Pasteur ne sont donc pas ce qu'ils paraissent être à première vue. S'ils semblent en démontrer l'efficacité dans un certain nombre de cas, ils prouvent aussi que ce traitement échoue fort souvent. M. Pasteur signale dix ou douze échecs parmi les sujets français ; on en a compté trente-quatre à l'étranger. La méthode des inoculations rabiques telle qu'elle a été appliquée jusqu'ici n'a donc pas la sûreté, l'infaillibilité qu'on voulait lui attribuer dès le début.

On aurait pu cependant, dès les premiers moments, se fixer exactement sur sa valeur par l'expérimentation sur les animaux. Il fallait, par exemple, faire mordre cent, deux cents chiens par un enragé ou par plusieurs, diviser les mordus en trois lots : un d'animaux abandonnés, un de cautérisés et un de vaccinés. On aurait vu, en quelques mois, dans quelle proportion les animaux non traités contractaient la

rage, dans quelle autre les cautérisés et les vaccinés échappaient à la maladie. Dans des séries parallèles, on aurait déterminé la valeur relative des cautérisations et des vaccinations tardives ou à bref délai, celle des vaccinations simples ou réitérées, avec virus faibles ou énergiques.

Si j'avais eu l'honneur de faire partie de la commission chargée de suivre des expériences à ce sujet, j'aurais demandé celles-là. La commission désignée semble avoir été moins exigeante que moi. On ne sait pas au juste ce qu'elle a demandé ni ce qu'elle a vérifié, et personne, je crois, ne se souvient des résultats de son contrôle.

Pour moi, je n'ai jamais cru à l'infaillibilité du traitement antirabique, et ce qui m'a empêché d'y croire, avant tout essai, ce sont les résultats des inoculations ou des vaccinations préventives en ce qui concerne les maladies charbonneuses. J'avais vu, avant les vaccinations préventives du charbon par les virus atténués, que les inoculations de petites quantités de sang charbonneux plusieurs fois répétées développent l'immunité sur le chien, sur l'âne, sur le cheval, au point qu'à un certain moment il me devenait impossible de tuer, même de rendre malades les animaux avec des doses virulentes énormes ; mais j'avais vu, en même temps, que cette immunité n'est pas acquise par tous les individus, qu'elle est d'une durée limitée, qu'elle s'éteint tantôt insensiblement, tantôt tout d'un coup, et qu'enfin les inoculations tentées dans le but de l'obtenir sont fréquemment dangereuses et reproduisent

la maladie sous forme mortelle. Les preuves de la priorité de mes observations sont écrites et datées.

M. Pasteur, sur tous ces points, s'est prononcé dès le début d'une manière absolue. Il a déclaré que ses virus atténués conféraient l'immunité à coup sûr, dans tous les cas, et qu'ils n'exposaient à aucun danger. Mais les faits n'ont pas tardé à contredire ses assertions. Il a fallu vacciner deux ou trois fois pour donner l'immunité, une immunité temporaire, de très courte durée. On a tué un grand nombre d'animaux avec des virus donnés comme inoffensifs. Les insuccès ont d'abord été niés et cachés, puis ils sont devenus si nombreux qu'il a été impossible de les dissimuler.

Relativement à la rage, la vaccination ne paraît pas exposer aux dangers qu'entraîne souvent celle du charbon. Je les craignais autrefois et je les crains encore aujourd'hui depuis que j'entends parler de ces vaccinations intensives, coup sur coup, avec les moelles rabiques du troisième, du deuxième et du premier jour. Si elles sont réellement actives et très actives, on ne voit pas pourquoi elles ne pourraient faire quelquefois renaître la rage, comme les vaccins charbonneux font renaître le charbon, notamment sur les animaux qui ont une grande aptitude à le contracter.

D'autres pourraient penser et vous dire, non sans vraisemblance, que de tels accidents sont déjà arrivés à l'insu des vaccinateurs et de tout le monde. En effet, si, parmi les 10, 12 ou 34 sujets morts jusqu'ici de la rage, malgré le traitement, il s'en trouvait dont

les morsures n'étaient pas rabiques ou sur lesquels la cautérisation avait complètement détruit la matière virulente, ne serait-il pas certain, absolument certain que la rage leur aurait été communiquée par les injections préventives ?

Nous faisons tous des vœux et des vœux bien sincères, dans l'intérêt de l'humanité, pour le succès de vos tentatives, mais permettez-nous de peser et de discuter leurs résultats.

Ce qui frappe tout d'abord dans la communication de M. Colin, d'Alfort, c'est l'incertitude des statistiques et notamment l'énorme écart entre celle du ministère de l'agriculture et celle de M. Pasteur. D'après la première, il n'y a eu, en France, du 1er septembre 1885 au 30 septembre 1886, que 351 personnes mordues par des animaux enragés ou supposés tels ; tandis qu'il s'en est présenté 1376 au laboratoire de M. Pasteur (1726 moins 350 traités avant le 1er septembre 1885).

Entre les enquêtes administratives et les enquêtes médicales, même écart. Ainsi, d'après les documents réunis par le comité d'hygiène, de 1862 à 1872 il y a eu 383 personnes mordus par des animaux enragés ou suspects de rage ; 180 seulement ont contracté la rage. « Ces chiffres montrent, dit M. Brouardel, qu'un peu moins de la moitié des personnes mordues est atteinte de la rage. Mais je ne considère nullement cette proportion comme représentant la réalité. Il échappe à l'administration la connaissance de la plus

grande partie des cas de *morsure non suivie d'accidents.*

« Dans sa statistique concernant le royaume de Würtemberg, Faber a relevé les cas de cent quarante-cinq individus mordus ; vingt-huit seulement furent atteints de la rage.

« Le compte rendu annuel publié par l'hôpital général de Vienne 1860, constate que, sur cent quinze individus mordus par des *chiens enragés*, vingt-cinq seulement sont morts hydrophobes. Sur trente-six individus de sexe et d'âge différents, dit Leblanc (*Documents pour servir à l'histoire de la rage.* Paris 1873), mordus par *des chiens enragés* morts sous mes yeux, trente et un n'ont présenté aucun symptôme de rage et cinq ont succombé. Le siège de la blessure faite sur des parties nues et l'absence de cautérisation ont été constatés dans ces derniers cas. Cependant, parmi ceux dont l'issue n'a pas été funeste, on remarque des blessures faites à la main et non cautérisées. » (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; *article* : *Rage chez l'homme*. 1874.)

De ces chiffres prenons le plus défavorable, celui de l'hôpital général de Vienne. Si 115 morsures ont déterminé 25 cas de rage, 21:7 %, on peut admettre que les 180 cas de rage déclarés en France, de 1862 à 1872, correspondent à 829 morsures, et que, sur celles-ci, 446 au moins, plus de la moitié, n'ont pas été signalées à l'administration.

Acceptons ce chiffre de 829 morsures rabiques en 11 ans ; il en résulte qu'année moyenne il n'y a jamais eu plus de soixante-seize morsures rabiques en

France. Mais il s'ensuit aussi que, si 180 décès rabiques correspondent à 829 morsures, sur les 1376 personnes soumises aux inoculations abortives, du 1er septembre 1885 au 30 septembre 1886, 1197 n'auraient éprouvé aucun accident, alors même qu'elles n'eussent pas été inoculées ; mais il s'ensuit encore que les 179 autres auraient succombé à la rage. Or, dix seulement sont mortes, M. Pasteur ayant à bon droit éliminé deux décès à la suite d'inoculations trop tardives. Donc 169 personnes ont dû leur salut aux inoculations antirabiques. Donc encore, la mortalité par la rage est réduite, non pas à 1 sur 170, comme le dit M. Pasteur, mais à 1 sur 16.9 ; 17 en chiffre rond.

Ce serait déjà un résultat prodigieux et inespéré ; il suffirait pour imposer silence aux adversaires des inoculations antirabiques, si d'autres chiffres ne venaient l'infirmer.

Or, le nombre des morsures rabiques n'ayant jamais dépassé 76 en moyenne, par année, de 1850 à 1872, n'est-il pas étrange que, brusquement, du 1er septembre 1885 au 30 septembre 1886, il se soit élevé à 351 d'après le ministère de l'agriculture, et même à 1376 au laboratoire de M. Pasteur ? De tels écarts ne peuvent s'expliquer que par la préoccupation générale au sujet de la rage, par la terreur qu'elle inspire et par une plus grande vigilance de l'administration. Quoi qu'il en soit, prenons comme réelles les 351 morsures présumées rabiques, déclarées au ministère de l'agriculture ; elles eussent dû produire au moins 68 cas de rage confirmée, — d'après les en-

quêtes de Faber, de l'Hôpital général de Vienne, et de Leblanc ; — 19,5 cas de rage mortelle sur 100 morsures. Or, du 1er septembre 1885 au 30 septembre 1886, il n'y a eu, pour la France et pour l'Algérie, que 29 décès rabiques. Donc, à première vue, trente-neuf personnes ont dû leur salut aux inoculations abortives. En effet, sur les 68 personnes en imminence de rage, 19 ont succombé ; 17 n'ayant pas été inoculées, 2 l'ayant été trop tardivement ; 49 ont été inoculées complètement ; 10 de ces dernières ont succombé ; par conséquent 39 ont été préservées. La mortalité est donc réduite par les inoculations préventives, non plus à 1 sur 170, comme l'a dit M. Pasteur, ni même à 1 sur 17 comme le faisait supposer d'abord une première analyse, mais bien à 1 sur 4,9 soit à 20,4 %, à peine la mortalité de la fièvre typhoïde ou même de la pneumonie.

Ce serait assez pour la gloire de M. Pasteur, beaucoup pour la science et pour l'humanité. Malheureusement la critique ne recule devant aucune rectification, devant aucune correction, comme on dit en Physique, et elle poursuit : « Si l'on étudie les faits qui précèdent, dit M. Pasteur, on voit que le plus grand nombre de ceux qui ont succombé malgré le traitement, sont des enfants et ont été mordus à la face. » Ceci, il est impossible de ne pas le remarquer, est en contradiction formelle avec toutes les données antérieures. « La proportion des cas de mort au nombre des personnes mordues, dit M. Brouardel, est trois fois plus faible de cinq à quinze ans que de cinquante à soixante. » (*Brouardel*, *loc. cit.*)

Les inoculations antirabiques ont-elles donc retourné cette proportion ? Non ; pour plusieurs raisons, cela n'est pas admissible. D'abord, de 1850 à 1872, en France, la moyenne annuelle des cas de rage déclarée n'a pas dépassé trente (*Brouardel*, *loc. cit.*). Or, comme le fait judicieusement observer le professeur Peter, dans sa magnifique leçon d'ouverture, à la clinique de Necker, les inoculations antirabiques n'ont rien changé à cette moyenne. Du 1er septembre 1885 au 30 septembre 1886, le nombre des décès rabiques a été de vingt-neuf, malgré ces inoculations ; et, alors qu'elles n'étaient pas encore pratiquées il n'a été que de 19 en 1859, 21 en 1861, 14 en 1871, 15 en 1872 ; beaucoup plus élevé certaines années, 66 en 1864, 64 en 1866, etc. L'écart très minime entre 29 et la moyenne 30, montre que celle-ci n'a pas été sensiblement atténuée ; mais il montre aussi que les inoculations antirabiques ont été inoffensives très probablement et que, dès lors, elles n'ont pas fait périr un plus grand nombre d'enfants pour sauver un plus grand nombre d'adultes et de vieillards.

En somme, la mortalité n'a été réduite qu'en apparence, grâce sans doute, comme le suppose M. Colin d'Alfort, à l'exagération du nombre de morsures faites par des animaux enragés ou présumés tels.

Jusqu'à présent donc il est impossible de se prononcer sur la valeur des inoculations abortives dans la rage.

Le problème est mal posé ; la solution restera impossible tant qu'on ne procédera pas comme Faber

en Wurtemberg, comme les médecins de l'hôpital général de Vienne, comme Leblanc à Paris, enfin, comme l'indique sommairement M. Colin, en un mot tant qu'on ne s'astreindra pas aux règles suivantes :

1° Maintenir en surveillance, pendant un temps suffisant, tout animal enragé ou supposé tel, ayant mordu un ou plusieurs autres animaux, une ou plusieurs personnes.

2° Ne compter comme morsures rabiques que celles dues à un animal mort de la rage ;

3° Etant donné le nombre des décès, malgré les inoculations préventives, chez l'homme et chez les animaux, après de telle morsures, comparer ce nombre à celui des décès consécutifs aux mêmes morsures, chez l'homme et chez les animaux non inoculés préventivement.

Nous ne connaissons encore que sur un point le résultat de cette méthode rigoureuse. Des faits observés par Faber, par Leblanc et à l'hôpital général de Vienne, il résulte que, sans traitement abortif, sur 296 individus mordus par des chiens, dont la rage a été constatée, 58 cas de rage seulement ont été comptés, 19,5 % ; en d'autres termes, sur cinq personnes mordues dans de telles conditions, une seule devient enragée et succombe.

Si, comme cela paraît démontré, sur les 1376 personnes inoculées à la rue d'Ulm, 49 seulement étaient sous le coup de morsures réellement rabiques, d'après cette proportion de 19.5 %, le nombre des cas de rage confirmée, sans aucun traitement préventif, devait être de 9.55,— dix en chiffre rond, ou 1 sur 4.9

exactement comme je l'ai établi plus haut, le même chiffre qu'au laboratoire de M. Pasteur. Cette mortalité de 1 sur 4,9 après et malgré les inoculations, est un tant soit peu plus forte que la mortalité sans traitement préventif, 1 sur 5. Mais cela n'infirme en rien la valeur des inoculations antirabiques ; car les trois séries de Faber, de l'hôpital général de Vienne et de Leblanc, présentent des différences bien autrement considérables : Mortalité : dans la première 19.3 % ; dans la seconde 21.7 % ; dans la troisième 13.8 % ; ou bien 1 décès sur 5 cas; un décès sur 4.6 ; un décès sur 7.3. Et s'il s'agit, quant à la mortalité générale, des chiffres qui ont servi à établir la moyenne annuelle, les écarts sont bien plus frappants encore, entre deux années consécutives : 37 décès rabiques en 1853, 21 en 1854, — 64 en 1866, 37 en 1877 — et, entre le maximum et le mininum, à sept ans d'intervalle, 66 décès rabiques en 1864, 6 seulement en 1870.

Que conclure ? sinon qu'il y a des séries plus ou moins funestes.

Dr A. Cretin.

La réunion annuelle des Bienfaiteurs de l'Hôpital Saint-Jacques aura lieu le Dimanche 13 février prochain, à 2 heures, à l'hôpital, ruelle Volontaire, 227, rue de Vaugirard.

Erratum. — Page 512, n° de Décembre 1886, lire à la 1re ligne 5 heures au lieu de 3 heures.

Le Gérant : Dr I. Guérin-Méneville.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 20 décembre 1886.

Présidence de M. Frédault.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle les élections du bureau :

M. Cretin, premier vice-président, devient président.

M. Tessier, deuxième vice-président, devient premier vice-président.

M. Claude est nommé deuxième vice-président.

M. Guérin-Meneville est nommé secrétaire général.

M. Dacher est nommé secrétaire des procès-verbaux.

M. Frédault fils est nommé bibliothécaire.

M. Rochet est nommé trésorier.

M. Dacher, n'acceptant pas la place de secrétaire des procès-verbaux, est remplacé par M. Gabalda.

M. Rochet donne communication des comptes de l'année 1886.

MM. Guérin-Meneville et Dacher sont désignés pour apurer les comptes du trésorier.

M. Cretin et James Love sont désignés pour faire partie de la commission du bulletin.

L'ordre du jour de la prochaine séance, qui est fixée au 2me lundi de janvier, comporte l'installation du bureau et la suite de la discussion de la clinique du Dr P. Jousset.

Séance du lundi [illegible] janvier [illegible].

Présidence de MM. [illegible] et [illegible].

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Dr [illegible] prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

[illegible]

Le choléra est-il contagieux ? par un rationaliste. Tout le reste de l'année, sauf une légère reprise sur la diphthérite qui avait été longuement examinée l'année précédente, tout le reste de l'année, dis-je, a été consacré aux entretiens sur l'hystérie et l'hystéro-épilepsie, et sur le traitement du rhumatisme. Vous vous souvenez encore des belles études de quelques-uns de nos confrères, comme de leurs avis différents, sur le sulfate de quinine et le salicylate de soude.

Notre Bulletin nous a donné la traduction du travail de M. Koeck, de Munich, sur les applications de l'homœopathie aux affections chirurgicales ; une très agréable analyse par notre secrétaire général, le Dr Claude, du remarquable opuscule du Dr Cretin sur *l'Organisation de l'assistance hospitalière libre et libérale*, et deux articles de philosophie médicale un peu humouristique par le même M. Cretin, toujours plein d'ardeur pour la vérité et la science.

Voilà, Messieurs, le résumé de nos travaux pour 1886 ; puisse celui de 1887 être plus abondant encore et plus riche. C'est la fécondité dans le travail qui fait la richesse des sociétés.

Je me permets surtout cette remarque, en appelant à prendre place les membres du Bureau pour 1887, en qui vous trouvez les habitudes du travail fécond et qui ne craignent pas le labeur ; leurs noms représentent des traditions de gloire et de succès dans la défense des grandes vérités scientifiques que nous soutenons en commun.

Je prie ces Messieurs de venir prendre la p ace

que je leur transmets avec une déférence amie, et en même temps, je vous prie tous, Messieurs, d'agréer mes remerciements pour votre gracieuse et aimable sympathie qui nous a soutenus dans la tâche que vous nous avez confiée.

Après cette allocution, M. le Dr Frédault, invite les membres du nouveau bureau à prendre place et remet la présidence à M. le Dr Tessier.

M. Tessier lit une lettre de M. Cretin.

Dans cette lettre M. Cretin prie M. Tessier de le remplacer pour l'installation du nouveau bureau et d'annoncer qu'il donne sa démission non seulement comme président pour l'année 1887, mais encore comme membre titulaire de la Société.

La Société décide que deux membres, MM. Frédault et Guérin-Meneville, se rendront auprès de M. Cretin pour lui demander de retirer sa démission.

M. Tessier. J'ai le ferme espoir que M. le Dr Cretin se rendra aux instances de nos confrères qui lui porteront l'expression des désirs de la Société toute entière. Mais en attendant le résultat de leur démarche, je crois devoir exprimer à M. Frédault nos témoignages de profonde reconnaissance pour la manière dont il a su présider nos réunions et diriger nos débats. Louer sa haute impartialité, son tact profond, sa parfaite urbanité est une tâche facile et que je suis heureux de remplir en l'absence de notre Président.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la clinique du Dr Jousset.

M. Jousset. Je n'ai pas présentes à l'esprit toutes les remarques et les objections qui ont été faites par M. Cretin dans la dernière séance.

M. Cretin a d'ailleurs fait plutôt un compte-rendu qu'une critique de ma clinique, aussi je me bornerai à répondre quelques mots sur les points qui m'ont le plus frappé. Je parlerai d'abord d'une malade qui avait été envoyée à l'hôpital Saint-Jacques par M. le Dr Claude avec le diagnostic scarlatine. Cette personne se trouvant dans une famille où régnait la scarlatine, avait pris pendant quelques jours de la belladone comme préservatif, à la dose quotidienne de quelques gouttes de teinture. Elle fut prise de fièvre et présenta quelques symptômes d'angine. A son entrée à l'hôpital Saint-Jacques, tous ces symptômes avaient disparu ; j'ajouterai que les jours suivants il me fut impossible de découvrir la moindre trace de desquammation. J'ai pensé que dans ce cas j'étais en présence, non d'une scarlatine, mais d'une éruption produite par la belladone. Tous les médecins ont noté parmi les symptômes pathogénétiques de la belladone la rougeur, la chaleur, la sécheresse de la peau et une éruption parfaitement semblable à celle de la scarlatine; l'angine avec sécheresse et rougeur de la gorge est également un symptôme très caractéristique de ce médicament.

On m'a objecté que cette malade avait présenté la forme *fruste* de la scarlatine.

Je dirai d'abord que, même en supposant l'existence d'une scarlatine je ne vois pas pourquoi on se servirait de cette expression de forme fruste, c'est le

nom de forme bénigne qui conviendrait. Mais je soutiens que la malade en question n'a pas eu la scarlatine parce que les deux signes pathognomoniques de la maladie ont fait défaut : Premièrement la langue n'a pas présenté cet enduit blanc-jaunâtre qui est bientôt remplacé par un piqueté rouge, puis enfin par une rougeur intense qui résulte de la chute de l'épithelium ; secondement, la desquammation, phénomène très important, a fait complètement défaut.

Lorsque j'exerçais à la campagne j'ai vu plusieurs épidémies de scarlatine, j'ai pu étudier toutes les variétés de forme que présente la maladie ainsi que les complications qui l'accompagnent ou la suivent et toujours les deux phénomènes dont je viens de parler se présentaient.

Je trouve donc ce fait très simple et très net et je ne crois pas qu'on puisse conserver de doute sur son interprétation.

Dans un autre ordre d'idées, M. le Dr Cretin a fait remarquer qu'il avait relevé dans ma clinique de nombreux cas où les médicaments avaient été employés à doses pondérables. Je n'éprouve aucune difficulté à reconnaître que je me rapproche des doses pondérables le plus souvent possible ; je voudrais même qu'on pût éviter plus fréquemment les doses infinitésimales, qui demandent tant de soins pour leur bonne préparation. Mais je tiens à proclamer qu'il y a beaucoup de médicaments qui agissent incomparablement mieux aux doses infinitésimales, 6e, 12e, 30e, qu'aux doses pondérables. Je ne citerai ici

comme exemple que le *Drosera* dont l'action à la 6e dilution est bien plus certaine que celle de la teinture-mère ; la noix vomique qui, aux dilutions élevées, donne de si bons résultats dans les affections de l'estomac et les névralgies sus-orbitaires. Il est donc indispensable de conserver les dilutions et les globules.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(Service de M. le docteur P. JOUSSET.)

QUATORZIÈME CONFÉRENCE

SOMMAIRE. — Broncho-pneumonie-grippale. — Observation. — Mort. — Diagnostic différentiel de la pneumonie et de la bronchite grave.
Hémoptysie. — Observation. — *Millefolium*.
Diphthérie putride. — Observation. — *Spongia*. — Guérison.

Messieurs,

Le petit malade dont je vous ai parlé dans notre dernière conférence est à peu près guéri. La fistule ombilicale s'est fermée ; mais le ventre est rétracté et présente une disposition particulière. Au-dessus de l'ombilic il est arrondi et sonore, tandis qu'au-

dessous il est aplati et la percussion révèle encore un certain degré de matité.

Nous avons perdu, ces jours derniers, une malade qui a été enlevée rapidement par une broncho-peumonie. Du reste, voici son observation.

Femme de 35 ans, entrée le 11 février (soir), morte le 17 à 2 h. du matin. Pneumonie il y a un an ; cinq jours avant son entrée à l'hôpital (le 6 février), elle a été prise de violents frissons, de diarrhée et d'un point de côté excessif à gauche. Elle avait une toux sèche, sans expectoration et elle a été traitée par bryone et tartarus emeticus.

A son entrée, le 11 février, à 4 h. du soir, la température axillaire donne 39.5 ; la face est rouge et animée, les yeux brillants et la langue est blanchâtre et humide. La diarrhée est arrêtée depuis deux jours ; il existe une petite toux sèche et un point de côté excessivement violent sous le sein gauche.

Voici ce que l'auscultation permettait de constater : En arrière, dans presque toute l'étendue du poumon gauche, râles crépitants fins à bulles égales et par bouffées à l'inspiration seulement ; souffle intense sous l'aisselle, surtout marqué à l'inspiration. A droite, râles humides mêlés à des râles sibilants nombreux. *Bryone* (3e dilution).

12 *février*, 6e *jour*. — A droite, les râles sibilants persistent ; à gauche, les râles crépitants ont en partie disparu. Le souffle sous l'aisselle est toujours aussi intense et le point de côté est si douloureux que la malade ne peut supporter le contact de l'oreille pendant l'ausculation. La diarrhée a reparu dans la

nuit ; le ventre est ballonné et douloureux à la pression. La température est à 38.2. On prescrit *bryone* (3e) et *arsenicum* (3e).

A midi la malade est prise d'un accès de dyspnée et on entend des râles sibilants très nombreux en avant et en arrière des deux côtés de la poitrine : *ipecu* (1er tr. décimale). Le soir, vers 9 heures, la malade est prise de délire : elle dit qu'elle ne sent plus son point de côté, qu'elle va mourir en pleine connaissance ; elle est effrayée de ne plus souffrir, etc. La face est rouge, animée, les yeux brillants ; le pouls est rapide et irrégulier : belladone (teinture-mère), 10 gouttes. La température était à 39°6. Dans la nuit, cris continuels.

C'est le lendemain que je l'ai vue, au 7e jour de la maladie. Le point de côté, qui avait disparu la veille, est revenu et il s'y est ajouté un autre point, du côté droit, également très douloureux. L'auscultation révélait des râles sibilants des deux côtés avec des râles muqueux à bulles moyennes. Le pouls était irrégulier et rapide. La diarrhée était moins abondante ; néanmoins la malade présentait un aspect grave. Ce qui me rassurait, c'est que la température n'était pas très élevée : 38° le matin et 38°8 le soir. Je donnai le traitement de la bronchite : *ipeca* (3e) et *bryone* (3e). La nuit il y eut également une grande agitation.

14 *février*, 8e *jour*. — État toujours aussi grave, pouls irrégulier. Souffle intense sous les deux aisselles et râles sous-crépitants et sibilants des deux côtés. T. M. 38°6 ; T. S. 39°3 : *bryone* (3e), *ipeca* (3e). La nuit fut assez calme.

Le 9e jour, 15 *février*. — T. M. 38°6. — T. S. 38°8. La nuit fut excessivement mauvaise ; grande agitation, délire, cris incessants.

16 *février*, 10e *jour*. — Même état grave, pouls irrégulier ; mêmes signes à l'auscultation. T. M. 38° ; T. S. 33°7. Je prescris *phosphorus* (6e) et *arsenicum* (6e). La journée se passe assez bien, mais à 9 h. du soir, accès de dyspnée, face cyanosée, râles sibilants entendus à distance. Le ventre était excessivement ballonné : *carbo-vegetabilis* (30e), agonie, mort à 2 h. du matin. Il ne nous a pas été permis de faire l'autopsie qui eût peut-être permis d'éclairer le diagnostic.

Ce n'est pas une pneumonie essentielle ; dans la pneumonie, l'hépatisation est circonscrite ; ici, toutes les bronches étaient malades et on entendait des râles sibilants et sous-crépitants dans les deux poumons.

Il y a encore un signe à tirer de la température. Dans la pneumonie essentielle, l'ascension est brusque, elle atteint 39°5 et 40° et reste stationnaire jusqu'à la fin. Ici la fièvre était rémittente, signe qui à lui seul suffirait pour faire écarter ce diagnostic. Enfin, l'accès de suffocation, qui a eu lieu le 7e jour, n'appartient pas à la pneumonie. Le 7e jour la température était à 38° le matin et à 38°8 le soir ; ce serait peu élevé pour une pneumonie double. Il y avait bien deux hépatisations indiquées par le souffle qui existait sous chaque aisselle ; mais ce n'étaient que de petits noyaux.

Nous nous sommes demandé si ce n'était pas une

fièvre typhoïde. Le ventre était ballonné, douloureux à la pression et il y avait de la diarrhée ; mais il n'y avait pas de taches lenticulaires, pas de douleur nette dans la fosse iliaque droite, pas de gargouillement. il n'y avait pas non plus de prostration et le mouvement fébrile n'était pas assez élevé ; le tracé n'était pas celui de la fièvre typhoïde.

Qu'était-ce donc ? C'était une bronchite grave, une bronchite capillaire ou broncho-pneumonie. Il y a des hépatisations par suite de bronchite, comme il y a orchite suite de blennorrhagie. L'inflammation des bronches se propage aux petites bronches et au tissu pulmonaire lui-même et produit des noyaux de pneumonie. Mais ces hépatisations diffèrent de celle de la pneumonie essentielle. On n'observe plus dans la température cette ascension brusque et cette chute qui survient au moment de la résolution. La pneumonie essentielle est une espèce définie ayant ses symptômes propres, son mouvement fébrile, sa marche cyclique particulière. Au contraire, l'hépatisation dans la bronchite essentielle, dans la bronchite des fièvres typhoïde, éruptives, intermittente, emprunte un caractère propre à la maladie dans laquelle elle se produit. La maladie imprime, pour ainsi dire, son cachet à la lésion. Autre est l'hépatisation qui survient dans la fièvre typhoïde, dans la rougeole, dans la fièvre intermittente. Dans la fièvre typhoïde elle est moins grave et moins longue que dans la rougeole ; ici elle passe à l'état chronique et se termine souvent par la tuberculisation : elle dure des semaines. Dans la bronchite des fièvres intermit-

tentes, la lésion est également intermittente ; elle apparaît avec la fièvre et disparaît avec elle.

Dans le traitement, nous n'avons pas été heureux ; nous avons donné bryone et ipeca qui réussissent presque toujours et nous n'avons rien obtenu. Peut-être eût-il fallu employer des doses plus fortes en raison de la malignité qu'affectait la maladie. Dès le début, en effet, il y avait un état grave qui n'était pas en rapport avec la température relativement peu élevée ; il y avait désaccord entre les symptômes. Il vaut mieux que la langue soit sèche et la soif vive lorsque la fièvre est intense, que la malade, en un mot, ait bien l'aspect que comporte l'état de sa maladie. Ce serait le cas de rappeler le vieil adage : *Pulsus bonus, urina bona, æger moriturus.*

Le malade que j'ai consulté devant vous, dans la petite salle est un employé de commerce, âgé de 33 ans. Son père est mort phthisique, sa mère est morte aussi, mais il n'a pas su nous dire de quoi elle était morte.

Ce malade toussait assez souvent ; il y a trois mois il a eu une hémoptysie assez abondante, à peu près un demi-verre de sang. On lui a fait prendre une potion qui a arrêté cette hémoptysie ; mais il a continué de tousser pendant tout le mois de janvier. Dans les premiers jours de février, la toux a augmenté et le 8 il a eu une hémoptysie abondante qui s'est renouvelée le 10 et le 12, ce qui l'a décidé de venir à l'hôpital.

A son entrée le 13 février, la température est de 38°2 le soir. Nouvelle hémoptysie assez abondante;

on donne *millefolium* (3e) et *ipeca* (3e). Le lendemain T. M. 36°6 ; T. S. 37. Même traitement. Sans entrer dans les finesses de l'auscultation, on trouve quelques craquements humides au sommet gauche ; en somme, il y a peu de chose, et ce malade guérirait que je ne dirais pas avoir guéri un phthisique. Nous lui avons donné le médicament traditionnel des hémoptysies : millefolium. Ce médicament convient surtout aux hémoptysies de force moyenne.

Cazin dit que millefolium amène les règles ; les homœopathes l'emploient surtout dans les hémorrhagies. Lorsque les hémorrhagies sont considérables, il faut agir vite et provoquer un acte physiologique ; on s'adresse alors à l'ergotine. Ipeca est aussi un médicament précieux dans les hémoptysies, il a pour indication spéciale un sentiment de bouillonnement dans la poitrine.

J'ai cru que vous seriez intéressés par une observation d'un cas de diphthérie de forme putride que j'ai vu en ville, ces temps derniers.

Le début de la maladie a eu lieu le 5 février ; dès le 6, il y avait déjà quelques fausses membranes au fond de la gorge. Il existait déjà une odeur infecte de diphthérie ; les fausses membranes recouvraient les amygdales et les piliers du voile du palais, la luette présentait un ou deux points blanchâtres.

Les fosses nasales étaient encore indemnes.

4e *jour.*— Je prescris *spongia tosta* (3e tr.), *cyanure de mercure* (3e tr.)

5e *jour.*— La luette est tout à fait envahie, le larynx se prend, enrouement et toux croupale. Les ganglions

du cou sont énormes. Friction avec une pommade à la belladone, qui amène un grand soulagement. Je continue *spongia* (1re trit décimale) et je remplace le cyanure par *ipeca* (1re trit. décimale) à cause d'une épistaxis.

6e *jour.*— Les fausses membranes brunissent, les fosses nasales sont prises, il y a du jetage et le malade est dans un état de prostration profonde, *Spongia* et *ipeca.*

7e *jour.*— Les urines contiennent de l'albumine. Je supprime le vin et l'eau-de-vie et je donne *arsenicum album* (3e) avec *spongia* (1re au 10e).

Le 8e jour il y a une légère amélioration ; mais on trouve toujours de l'albumine dans l'urine. On continue le même traitement. Aujourd'hui le malade va bien.

Vous voyez que si nous analysons les médicaments, le cyanure de mercure, donné pendant quarante-huit heures n'a pas empêché le larynx de se prendre. Le 5e jour, dans la période d'état, la plus grave, j'ai remplacé le cyanure par ipeca alterné avec spongia.

Dans la diphthérie il ne peut pas y avoir de modification rapide ; aussi il faut continuer le même médicament le plus longtemps possible. Il ne faut pas en changer, à moins d'une indication spéciale. Ainsi, spongia dans l'envahissement du larynx, ipeca dans les saignements de nez ; arsenic lorsque les urines contiennent de l'albumine.

Il s'agissait bien ici d'une diphthérie grave, à forme putride, œdème, fétidité excessive, gonflement énorme des ganglions du cou, hémorrhagies, jetage,

albuminurie, etc. ; tous ces symptômes ne permettent pas de s'y tromper. C'est spongia qui a fait, en grande partie, les frais du traitement.

Pourquoi ai-je donné spongia ?

Spongia est un vieux médicament de la gorge. Au XIIIe siècle, Arnaud de Villeneuve employait aussi l'éponge grillée dans le traitement du goître. On a employé aussi l'éponge brûlée, *spongia usta* qui ne contient guère que du charbon ; mais il s'agit ici de l'éponge torréfiée, tosta. Il faut certaines précautions pour la préparer ; on la grille comme on grille le café jusqu'à la coloration brun doré. L'éponge est un médicament très complexe. On y trouve de l'iode, du brome, soit à l'état pur, soit à l'état d'iodures ou de bromures alcalins.

On y trouve aussi du chlorure de sodium, de la silice, de l'alumine, du manganèse et du soufre.

Ce médicament était assez relégué parce que l'on ne savait pas pourquoi il agissait ; était-ce l'iode. le brome, etc. ? On n'avait pas d'indications spéciales.

Hahnemann, qui en a fait une étude spéciale, en fait le médicament du croup. Cependant, dans sa pathogénésie, on ne trouve pas les fausses membranes

Quoi qu'il en soit, la clinique a démontré que spongia guérissait le croup et l'angine couenneuse avec fausses membranes. La pathogénésie de Hahnemann est incomplète.

Le brome est un médicament qui produit des fausses membranes chez les animaux en expérience. Le brome a été et est encore fort en honneur.

Hering a fait de nombreuses expériences qui ont été reproduites par Ozanam.

Spongia agit peut-être par le brome qui y est contenu. Je préfère spongia parce que le brome ne m'a pas toujours été fidèle. Ses préparations sont d'ailleurs très dificiles et surtout peu stables.

QUINZIÈME CONFÉRENCE.

SOMMAIRE. — De l'importance du pronostic. Application à la pneumonie.

Des doses. — Alternance des médicaments : *Adonidine*. — Application externe des médicaments.

Du traitement de la phthisie. — De la température chez les phthisiques. — Traitement de Martiny. — Id. du Dr Cretin. — *Drosera* (teinture-mère et 6e dilution). — *Hyosciamus stannum*. — Des sueurs. — *Jaborandi* et *Atropine*.

Du somnambulisme pathologique, de l'hystéro-épilepsie de Charcot.

Messieurs,

Je vais vous dire quelques mots du pronostic et de son importance principalemeut dans la clientèle. C'est surtout dans le pronostic que le médecin doit faire preuve de tact et de science, car les gens du monde, incapables de juger la justesse du diagnostic et l'opportunité du traitement, sont tous aptes à apprécier la valeur du pronostic, et ils se servent de ce moyen pour juger de la valeur du médecin. On vous pardonnera souvent de n'avoir pas guéri votre malade si, d'avance, vous avez annoncé le danger et

surtout, si de prime abord vous avez reconnu l'incurabilité de l'affection. C'est avec un pronostic juste que vous vous ferez une clientèle. La pneumonie est la maladie qui engage le plus le médecin ; aussi faut-il apprendre à porter un pronostic sûr.

Nous avons, dans la petite salle des femmes, au lit n° 4, une pneumonique qui est entrée le 23 février. Elle était malade depuis deux jours. La maladie a débuté par un frisson violent et prolongé. Hier soir, la température était à 38°6 et ce matin elle est à 38°8. L'auscultation révèle un souffle à la partie supérieure du poumon droit, dans la fosse sous-épineuse, et des râles crépitants. L'hépatisation est considérable et occupe tout le sommet du poumon. Il y a ici un défaut de concordance entre les symptômes ; le pouls est très rapide et présente des irrégularités : 124 pulsations par minute. La malade est dans un état de prostration assez marqué ; mais je crois devoir porter un pronostic grave. J'ai institué le traitement classique : *Bryone* (12°), 6 globules, et *phosphore* (12°), 6 globules. On n'aime pas, quand on a l'expérience personnelle, à faire des essais, et dans les cas graves on se confie plus volontiers aux vieux amis qu'aux nouvelles connaissances.

Passons maintenant en revue les doses des médicaments les plus souvent employés depuis trois mois.

Aconit a été presque toujours employé à des doses pondérables, en teinture-mère ; nous avons eu trois ou quatre cas de pleurésie avec épanchement plus ou moins considérable, qui ont été modifiés

par aconit T. M. à la dose de X gouttes ou XX gouttes par jour.

Nous avons aussi employé *bryone*, ordinairement à la 3e dilution, quelquefois en teinture à la dose de X gouttes, d'autres fois à la 12e dilution, comme dans le cas de pneumonie dont j'ai parlé plus haut.

Le fer a été presque toujours employé à des doses pondérables, très souvent la 1re trit. décimale, de manière à représenter 0 gr. 02 c., 0 gr. 03 c., ou 0 gr. 04 centigrammes de substance. Nous l'avons aussi employé à des doses très élevées ; par exemple dans les affections de l'estomac, nous l'avons prescrit à la 12e dilution et même porté à la 30e dilution.

Vous avez vu cette malade qui avait été opérée de la cataracte et chez laquelle étaient survenus des accidents d'irido-choroïdite. Elle éprouvait de vives douleurs péri-orbitaires : j'en ai pris le traitement, j'ai donné *belladone* (30e) puis *spigelia* (30e) et les douleurs ont diminué et fini par disparaître. La digitale a presque toujours été donnée en teinture-mère ou à la 1re trituration décimale.

Vous voyez que nous professons la doctrine « omni dosi », à toute dose, sans aucun parti pris et n'ayant d'autre règle que l'expérience clinique.

Le plus souvent nous n'avons donné qu'un seul médicament à la fois. Il est certains médicaments dont l'alternance avec d'autres produit de bons effets; mais il faut être très prudent et prendre garde de se laisser entraîner par une théorie plus ou moins fondée. Parmi ces alternances, les unes sont vérifiées

par la clinique : *ipeca* et *bryone*, *nux vomica* et *graphites*, etc. ; d'autres ont encore besoin de faire leurs preuves. Ainsi, chez une cardiaque qui avait de la congestion pulmonaire, nous avons donné *ipeca* avec *digitalis*. Cela a bien marché pendant deux jours, puis l'urine a diminué. Nous avons voulu essayer *adonis* : l'augmentation de l'urine a été plus rapide qu'avec la digitale ; mais cette augmentation n'a été que passagère. Aussi je ne saurais trop vous engager à rester dans les doses et les médicaments vérifiés et approuvés par la clinique et à n'employer les autres qu'avec la plus extrême réserve.

Un mot de l'application externe des médicaments : nous avons dans une chambre une malade déjà âgée atteinte d'un pemphigus généralisé presque incurable. Je lui donnais à l'intérieur *cantharis* (3e dil.) ; comme elle avait aux deux tempes des plaies amenées par un vésicatoire qui avait été appliqué avant son entrée à l'hôpital, j'ai employé une pommade avec *cantharis* (T. M.), V gouttes pour 20 gr. de vaseline et prescrit de légères lotions avec teinture de cantharide, 15 gouttes pour 100 gr. d'eau. Les plaies des tempes se sont cicatrisées très rapidement et les plaques de pemphigus ont été bien améliorées.

Je vais vous parler de nos phthisiques et du traitement que nous avons employé. — Au Mont-Dore, on ne compte que des succès ; je dois vous avouer qu'il n'en est pas de même ici.

J'ai là sous les yeux une série de températures prises avec soin chez nos phthisiques, et j'y fais certaines remarques dont je vais vous entretenir un ins-

tant. Dans la fièvre hectique, la température est ordinairement 37° le matin et 38°5 ou 39° le soir. Cette fièvre hectique a quelquefois ses maxima le matin, comme on le voit sur la feuille d'un malade qui était au n° 11 de la grande salle. Nous avons remarqué que chez les phthisiques qui n'ont pas l'air d'avoir la fièvre, il y a néanmoins une notable différence entre la température du matin et celle du soir. Ces malades se lèvent, se promènent, mangent d'assez bon appétit et ils présentent cependant dans la température un écart de presque un degré entre le matin et le soir ; ainsi, il ont 36°5 le matin et 37°5 le soir. Ils n'ont pas de fièvre, mais il y a un écart plus grand que chez l'homme bien portant. De temps en temps survient un accès, et la température s'élève brusquement à 40° pour revenir le lendemain aux oscillations habituelles. Chez d'autres on observe pendant deux ou trois jours 37° le matin et 39° le soir, puis tout rentre dans l'ordre. En examinant attentivement les tracés, on voit que ces accès reviennent à des intervalles assez réguliers : tous les 4 ou 5 jours chez les uns, tous les huit jours chez d'autres. La vue d'un tracé de la température d'un phthisique peut fixer le diagnostic : elle nous éclaire en même temps sur la pathogénie. C'est une marche par accès plus ou moins éloignés.

Chez plusieurs de ces malades, nous avons employé le traitement de Martiny, qui consiste à alterner iodure d'arsenic et phosphate de chaux. Nous donnons ces deux médicaments à la 6e dilution, un jour l'un, un jour l'autre. Nous avons constaté de l'amé-

lioration chez quelques malades, entre autres chez le n° 5 de la grande salle ; ce malade n'a plus de fièvre et ne présente que des accès tous les 15 jours. Nous avons voulu vérifier le traitement préconisé par le docteur Cretin : *drosera rotundifolia*. Nous devons dire que ce médicament, employé à haute dose, en teinture-mère, de dix, vingt, trente gouttes par jour, a calmé la toux d'une manière remarquable. La 6e dilution a réussi dans des cas où la toux présente des caractères spéciaux, mais la teinture-mère calme la toux, quels que soient ses caractères. Y a-t-il amélioration de l'état local ou guérison de la phthisie ? Je ne puis encore me prononcer ; il est nécessaire de faire de nouvelles expériences. Mais je retiens ce fait, que drosera calme d'une manière remarquable la toux des phthisiques.

Vous m'avez encore vu employer *hyosciamus*, et enfin *stannum*, chez ce malade si profondément cachectique qui était couché au lit n° 11 de la grande salle. Cet homme s'est trouvé très bien, n'a pas souffert et il s'est éteint en disant chaque jour qu'il allait bien.

Quant aux sueurs qui sont souvent si pénibles chez les phthisiques et dont l'abondance est une cause puissante d'affaiblissement, nous avons souvent réussi à les faire cesser, ou du moins à les diminuer avec *jaborandi* (3e dilution), ou *atropine* (1re trit.), 0 gr. 10 centigrammes.

Nous allons revenir, si vous le voulez bien, au *somnambulisme pathologique*. Je vous ai fait voir, dans une de mes dernières leçons, que cet état pouvait

s'observer en dehors de l'hystérie. Lorsque l'on voit un malade qui présente des accès de somnambulisme, la première idée qui vient c'est que l'on a à faire à un hystérique. Ce n'est pas toujours vrai.

Qu'est-ce donc que le somnambulisme pathologique ? C'est une névrose caractérisée par un sommeil morbide. Il y a bien des hystériques qui sont somnambules ; mais il y a aussi des somnambules qui ne sont pas hystériques. La première phase observée chez ces malades est le sommeil ; ils commencent par s'endormir. Dans cet état, ils sont susceptibles de recevoir des *suggestions*. Le somnambulisme est spontané. Le somnambulisme pathologique comprend comme formes : la catalepsie, l'extase et les mouvements d'acrobate qu'on a appelé corybantisme. Ces formes, à l'inverse de l'hystérie, sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Charcot et les médecins de la Salpêtrière ont fait du somnambulisme une des phases de l'hystéro-épilepsie. Cette erreur tient au milieu dans lequel ils observent. Leurs malades sont des hystériques qui ont des accès complexes avec des symptômes de somnambulisme. Ici le somnambulisme est symptomatique et non pas essentiel.

L'hystéro-épilepsie est caractérisée par des aura ; il y a un cri initial ; cri aigu, strident, sympathique, qui fait que les autres malades ont une attaque lorsqu'ils l'entendent. Il y a une première période de convulsions toniques, puis des convulsions à grand mouvement et du somnambulisme, et enfin il n'y a pas eu de coma terminal. Tous ces symptômes ne

sont pas aussi fulgurants que dans l'épilepsie, et on peut faire cesser l'attaque ou du moins la modérer par la compression des ovaires. Les malades de la Salpêtrière sont d'anciennes hystériques surexcitées par leur vie antérieure, vie très accidentée, et par les exhibitions quotidiennes qu'on leur fait subir. Ce sont des sujets façonnés et chez lesquels les symptômes de somnambulisme prédominent.

On peut reconnaître qu'un malade atteint de somnambulisme pathologique n'est pas un hystérique à l'absence des signes, des *stigmates* de l'hystérie. Les hystériques présentent toujours, à un degré plus ou moins prononcé de l'anesthésie, de l'hyperesthésie, des points hystérogénes. De plus, les hystériques restent hystériques et ne guérissent pas, tandis que les malades atteints de somnambulisme spontané guérissent complètement après un temps plus ou moins long. Nous avons dit que le somnambulisme essentiel présentait plusieurs formes ; depuis les adolescents qui se lèvent la nuit, font leurs devoirs, vont se promener, jusqu'à ceux qui ont des convulsions épileptiformes, qui font des discours, racontent des histoires, etc. La malade que nous avons, se croit à la chasse, fait des armes, se croit dans un canot et fait le simulacre de ramer. Elle est comme en état d'hypnotisme provoqué par un magnétiseur ; seulement, chez elle, c'est tout à fait spontané au lieu d'être provoqué. J'ai longuement insisté sur ce sujet pour que vous ne confondiez pas le somnambulisme essentiel et le somnambulisme des hystériques. Cela a une certaine valeur au point de vue du pronostic ;

car dans le premier cas vous pouvez promettre la guérison.

Le traitement a fait peu de chose chez notre malade ; nous avons employé les solanées, belladone, hyosciamus, le mercure, la tarentule, etc. ; les résultats n'ont pas été merveilleux. Les attaques sont peut-être moins violentes et se bornent à une sorte de rêve tranquille ; mais elles se produisent aussi souvent, presque tous les jours.

Dr P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(TRIMESTRE DU 1er MARS AU 1er JUIN).

Pendant ce trimestre, nous avons eu un certain nombre de phthisiques ; c'est la maladie qui est toujours la plus fréquente. Plusieurs ont été très améliorés et ont pu sortir pour aller reprendre leur travail. Chez l'un, une hémoptysie assez sérieuse a été arrêtée par le *copaïv.* 3e. Chez un autre, une toux quinteuse et rebelle, très fatigante, a résisté à nos médicaments habituels, et a cédé par l'*inula helenium* 3e, indiqué par l'*usu in morbis.* Je ne m'arrêterai que sur les cas aigus qui ont retenu plus longtemps notre attention, et pour lesquels j'ai des notes. Je donnerai d'abord les observations relevées et notées par M. Soustre, interne du service.

Nous avons eu plusieurs malades atteints de rhumatisme. L'année a été féconde en cas de ce genre, tant en ville que dans les hôpitaux. J'en donne trois observations. Il y a eu deux autres cas plus légers qui n'ont point donné lieu à des remarques particulières.

1re OBSERV. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

Mlle Delonglé, 54 ans (lit n° 11). Entrée le 27 février. Sortie le 2 juin. Malade depuis sept jours ; le rhumatisme a débuté par les articulations tibio-tarsiennes et les genoux.

A son entrée, T. S. 38.5 : les poignets sont légèrement gonflés et très douloureux ; les pieds vont un peu mieux que les jours précédents ; les genoux sont encore très douloureux. Rien au cœur. Chinin. sulf. 0.25 c.

1er *mars.* — T. M. 38 ; T. S. 38.5. Même état, même traitement.

2 *mars.* — T. M. 38 ; T. S. 38.5. Même état, même traitement.

3 *mars.* — T. M. 38.4 ; T. S. 38.5. Chinin. sulf. 0.25 c., bryone 3e.

4 *mars.* — T. M. 38.4 ; T. S. 38.7. Chinin. sulf. 0.25 c. ; rhus tox. 3e.

5 *mars.* — T. M. 38.5 ; T. S. 38.6. Salicyl. soude 1re trit. décim. 0.20 c. Légère rougeur au sacrum.

6 *mars.* — T. M. 38.4 ; T. S. 39. Même état des articulations. Pouls 108.

7 *mars.* — T. M. 38.8 ; T. S. 39.2. Pouls 104. L'articulation sterno-claviculaire est prise.

8 *mars.* — T. M. 38.5 ; T. S. 38.9. Salicyl. soude, 1 gr. ; sulf. quin. 0.75 c. Le sacrum présente une légère excoriation. Les poignets et les coudes sont très douloureux.

10 *mars.* — T. M. 37.5 ; T. S. 38.3. Pouls 88. Salicylate 1re 0.10 c. ; sulf.quin. 0.75 c. L'excoriation du sacrum s'est beaucoup agrandie. La malade n'a pas uriné depuis la veille ; on a été obligé de la sonder. Les articulations vont beaucoup mieux.

11 *mars.* — T. M. 37.5 ; T. S. 37.6. Salicyl. soude 1re 0.10 c. Rétention d'urine.

12 *mars.*—T. M. 37.2 ; T. S. 38. Pouls 96. Salicylate 1re 0.10.

13 *mars.* T. M. 38.9 ; T. S. 38.5. Pouls 96. — 14 *mars.* 38 ; 38.6. Salicyl. 1re 0.10 c., nux vomica 6e. On est obligé de sonder la malade chaque jour.

15 *mars.* T. M. 38.3 ; T. S. 38.5. — 16 *mars.* 38.5 ; 38.7. Salicylate 1re 0.10 c. ; bryone 3e. Le sacrum présente une eschare grande comme la paume de la main. Les poignets, qui allaient beaucoup mieux, sont repris.

17 *mars.*—T. M. 38; T. S. 38.5. Salicylate 1re 0.10 c., bryone 3e, sulf. quin. 0.50 c.

18 *mars.* T. M. 38 ; T. S. 38.5. — 19 *mars.* 37.5 ; 38.2. Salicyl. 1re, 0.10 c. ; digitalis, 1re trit. décim., 0.25 c. ; sulf. quin. 0.50 c. On est toujours obligé de sonder la malade.

20 *mars.* T. M. 38 ; T. S. 37.2. — 21 *mars.* 37.6 ; 38. Rhus tox. 3e, sulf. quin. 0.50 c. L'eschare du sacrum est pansée avec de la poudre de quinquina.

22 *mars.* T. M. 37.2 ; T. S. 37.4. — 23 *mars.* 37.3 ;

37. — 24 *mars*. 37.5; 38. — 25 *mars*. 37.3; 37.5. — 26 *mars*. 36.8; 37.2. — 27 *mars*. 36.8; 37. — 28 *mars*. 37; 37.3. Bryone 3e, sulf. quin. 0.50 c. Les articulations vont bien, il ne reste qu'un peu de raideur. La malade ne peut pas uriner seule, il faut la sonder chaque jour. L'eschare du sacrum s'est encore agrandie et a près de 0.10 cent. de diamètre. Diachylon et poudre de quina.

29 *mars*. — T. M. 37; T. S. 37.5. Viscum album 3e.

30 *mars*.— T. M. 37; T.S. 37.2. Viscum 3e et nux vom. 6e. On cesse de prendre la température. Gêne dans les mouvements; pas de douleur.

1er 2, 3 et 4 *avril*. — Lycopodium 6e. — L'eschare a un meilleur aspect. La rétention d'urine persiste. Les mouvements sont plus faciles; il y a encore quelques douleurs dans les doigts.

5, 6 et 7 *avril*. — Lycopod. 3e. — Même état. La plaie du sacrum va beaucoup mieux. *La malade a uriné seule.*

9 *avril*.— T. M. 38; T. S. 38.5. Lycopod. 3e; sulf. quin.

10 *avril*. T.M. 38.5;T.S.39.— 11 *avril*. 38.5; 39.8.— 12 *avril*. 38.5; 39.3. *Nouvelle poussée de rhumatisme.* Les pieds, les genoux et les mains sont repris. Le sacrum est presque guéri.

13 *avril*. T. M. 38; T. S. 39.6.— 14 *avril*. 37.5; 39.5.— 15 *avril*. 37.5; 38.4.— 16 *avril*. 37.2; 38. — 17 *avril*. 37; 37.5. Bryone 3e. On a été encore obligé de sonder la malade une fois. Les articulations

sont peu gonflées, mais cependant très douloureuses. Les mouvements deviennent plus faciles.

19, 20, 25, 30 *avril* et 3 *mai*. Rhus tox. 3e. Il y a toujours de la raideur dans les articulations. *La plaie du sacrum est guérie* ; la malade se lève une partie de la journée.

4 *mai*.— Douleur et gonflement du poignet droit. Menyanthes 3e.

9 *mai*. — Pulsatilla 3e. Même état.

10, 11, 12 et 15 *mai*. — Lycopod. 3e. Pas de fièvre ; douleur dans diverses articulations avec léger gonflement.

19, 20, 25 et 30 *mai*. — Menyanthes 3e. La malade se lève, mais marche difficilement, et il y a toujours des poussées de rhumatisme subaigu tantôt dans les poignets, tantôt à l'épaule, tantôt aux pieds.

La malade sort le 2 juin, ayant encore beaucoup de peine à marcher et conservant de la raideur dans les doigts et les épaules.

2e Observ. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

Mme Buznet, 27 ans (lit no 10). Entrée le 21 mars. Sortie le 6 mai. Malade depuis le 14 mars, elle dit qu'elle va un peu mieux que les jours précédents. Les pieds, les genoux et les poignets sont gonflés et très douloureux ; mais elle peut déjà faire quelques légers mouvements. T. S. 39.3. On donne bryone 3e dil.

22 *mars*. — T. M. 38.5 ; T. S. 39.4. Même état des articulations ; sueurs abondantes. Léger bruit de

souffle au 1er temps à la base. Le pouls, 108 par minute. Aconit 3e.

23 *mars.* — T. M. 39.2 ; T. S. 39.6. Les pieds sont moins douloureux ; mais les deux coudes et l'épaule droite sont pris à leur tour. Aconit 3e, thebaïcum 3e, sulfate de quinine 0.50 c. L'auscultation du cœur révèle un bruit de galop très rapide qui persiste encore le soir. Pouls 108.

24 *mars.* — T. M. 38.7 ; T. S. 39.4. Le bruit de galop a disparu.

Salicylate de soude 1re trit. décim. 1 gr., sulfate quin. 0.50 c. Même état des articulations ; cependant la douleur est modérée et les mouvements sont possibles. Pouls 112.

25 *mars.* — T. M. 38.5 ; T. S. 39.2. Salicylate et sulfate quin. Pouls 108.

26 *mars.* — T. M. 38.6 ; T. S. 39.4. Même état, même traitement. Pouls 96.

27 *mars.* — T. M. 39.4 ; T. S. 39. La température du soir est moins élevée que celle du matin. Dans la journée diarrhée abondante.

28 *mars.* — T. M. 39.8 ; T. S. 39. La diarrhée est toujours aussi abondante, dix à douze selles par jour. Rhus tox. 3e, sulfate quin. 2e trit. 0.50 c.

29 *mars.* — T. M. 39.1 ; T. S. 38.5. Diarrhée persiste. Même traitement.

30 *mars.* — T. M. 37.8 ; T. S. 39. Pouls 96. Les articulations sont toujours gonflées. La diarrhée persiste avec la même abondance. Rhus tox. 3e. Sulfate quin. 2e trit. 0.50 c.

31 *mars.* — T. M. 37.8 ; T. S. 38.2. Même état, même traitement.

1er *avril.*— T. M. 38 ; T. S. 38.3. Diarrhée persiste. Même traitement.

2 *avril.* T. M. 37.5 ; T. S. 37.8. — 3 *avril.* T. M. 37.4 ; T. S. 37.5. — 4 *avril.* T. M. 36.8 ; T. S. 37.5. — La diarrhée est encore très abondante : sept à huit selles par jour. Les articulations sont encore gonflées.

5 *avril.* — T. M. 36.9 : T. S. 37.2. Metallum 3e.

7 *avril.* — T. M. 37 ; T. S. 37.2. La diarrhée a un peu diminué et les articulations sont moins gonflées. Pulsatilla 6e

9 *avril.* — T. M. 36.8 ; T. S. 38. La diarrhée a encore diminué ; il n'y a plus que deux selles par jour.

10 *avril.* — T. M. 36.7 ; T. S. 38. Pulsat. 6e

11 *avril.* — T. M. 37 ; T. S. 37.5. Même état. Même traitement.

12 *avril.* — T. M. 37.3 ; T. S. 38.5. Le soir la malade dit que ses coudes sont plus douloureux. Les autres articulations ne sont pas encore entièrement dégagées.

13 *avril.* T. M. 37 ; T. S. 37.6. — 14 *avril.* T. M. 37.2 ; T. S. 37.5. — 15 *avril.* T. M. 37 ; T. S. 38. — Pulsat. 6e. La diarrhée a cessé, les articulations vont un peu mieux.

16 *avril.* — T. M. 36.8 ; T. S. 37.9. Rhus tox. 3e.

18 *avril.* — T. M. 37 ; T. S. 38. Abcès tubéreux sous l'aisselle droite. Hepar sulf. 3e. Les articulations sont tout à fait dégagées, il n'y a plus qu'un peu de raideur.

25 *avril.* — On ouvre l'abcès. Cataplasme. Hepar sulf. 3e.

31 *avril.* — Douleurs vagues dans les membres. Bellad 12e. Cependant la malade commence à se lever et à marcher. On ne trouve plus de bruit de souffle au cœur. — La malade sort le 6 mai.

3e Observ. — *Rhumatisme articulaire généralisé.*

Mme Juchard, 40 ans. Entrée le 6 avril (lit n° 1), décès le 22 avril. La maladie a débuté il y a 8 jours par un gonflement des articulations des pieds et des genoux avec douleur très vive. C'est une première atteinte, pas de rhumatisants dans sa famille.

A son entrée, les mains, les poignets, les coudes, les genoux et les pieds sont gonflés, légèrement rouges et excessivement douloureux ; le moindre mouvement provoque des cris de douleur. Léger souffle au 1er temps à la base du cœur. Temp. mat. 39 ; T. S. 39.3. Salicylate 1re trit., 0.25 c.

7 *avril.* — T. M. 39.1 ; T. S. 39.5. Pouls 108. Même état ; les épaules commencent à être douloureuses.

Salicylate 1re décimale 0.20 c. Sulfate de quinine 0.50 c. à prendre en deux fois.

8 *avril.* — T. M. 39 ; T. S. 39.2. Pouls 108. La malade dit avoir eu dans la nuit une crise de coliques hépatiques (elle en a eu plusieurs fois auparavant). Douleur dans les épaules et aux articulations sterno-claviculaires. Les autres articulations sont dans le même état. Même traitement.

9 *avril.* — T. M. 40 ; T. S. 40.5. Pouls 112. La malade se plaint d'un violent mal de tête ; les articu-

lations sont toujours très douloureuses. Vers 8 heures du soir, les articulations cessent d'être douloureuses, la malade plie assez facilement les genoux, les bras, ouvre et ferme les mains ; mais la céphalalgie augmente et il y a du délire presque toute la nuit. Bellad. T. M., V gouttes, le soir ; salicylate et sulfate de quinine, 0.50 c.

10 *avril.* — T. M. 39.4 ; T. S. 39.7. Pouls 104. Grande prostration ; langue sèche et dure recouverte d'un enduit jaunâtre ; délire la nuit. Aconit X gouttes, sulfate de quinine 0,50

11 *avril.* — T. M. 40 ; T. S. 39.5. Même état. Même traitement.

12 *avril.* — T. M. 39.2 ; T. S. 39. Pouls 108. Les poignets, les coudes et les genoux sont repris de nouveau. La céphalalgie a beaucoup diminué. Urines peu abondantes et cependant très limpides et peu colorées. Dyspnée et léger point de côté à gauche ; l'auscultation ne révèle rien d'anormal. Bryone 3e, aconit 3e, sulfate quin. 0 gr. 50 c.

13 *avril.* — T. M. 39.6 ; T. S. 39.7. Pouls 96. Même traitement.

14 *avril.* — T. M. 39.6 ; T. S. 39.7. Pouls 100. Violent malde tête, peu de douleur dans les articulations. Urines rares. Bellad. 3e, aconit 3e.

15 *avril.* — T. M. 39.5 ; T. S. 39.3. Pouls 100. La céphalalgie est toujours aussi vive. Constipation depuis plusieurs jours. La nuit, délire continuel. Bellad. 3e, aconit 3e.

16 *avril.* — T. M. 39.5 ; T. S. 39. Pouls 112. Même traitement.

17 *avril.* — T. M. 38.5; T. S. 38.5. Pouls 112. Même état. Bellad. 3e, acon. 3e.

18 *avril.* — T. M. 38.4; T. S. 38.3. Pouls 104. L'état cérébral s'accentue de plus en plus ; prostration absolue. Délire la nuit, selles involontaires. Metallum 3e, chininum sulf. 3e trit. o. 10. c.

19 *avril.* — T. M. 38.5; T. S. 38.7. Même état, même traitement.

20 *avril.* — T. M. 38.8; T. S. 39. Pouls 112. Photophobie, trismus des mâchoires, soubresaut des tendons. La nuit, délire continu, cris aigus de temps en temps. Rhus tox. 3e, puls. 3e.

21 *avril.* — T. M. 39.2; T. S. 39.5. Pouls 116. Même état de prostration ; ballonnement énorme du ventre. Le soir, carphologie, bruits du cœur irréguliers. Décès le 22 avril à 7 heures du matin.

Ces trois faits sont intéressants, parce qu'ils appartiennent tous trois à la forme métaptotique, la plus redoutable, la plus dangereuse, parce que le mouvement métaptotique peut être une métastase cérébrale et emporter le malade comme cela nous est arrivé dans la troisième observation.

Quelques médecins ont pensé que les accidents de cette forme métaptotique pouvaient tenir à des causes intercurrentes dans la maladie, par exemple à un traitement intempestif, à un médicament donné à trop haute dose. Ainsi avait-on, il y a une vingtaine d'années, accusé le sulfate de quinine qu'on avait donné jusqu'à la dose de quatre grammes et plus. Je n'ai pas à innocenter cette pratique, que d'ailleurs je ne

partage pas, parce que j'estime que la quinine agit tout autrement dans le rhumatisme que dans la fièvre paludéenne, et j'ai vu cette quinine donner lieu à des accidents quiniques à la dose de un gramme et demi. Mais je remarque la variété des métastases dans la forme métaptotique, et le rapport de l'accident avec la nature du malade ; de sorte que j'estime que les accidents tiennent bien plus au mouvement morbide et à la nature du malade où il se développe qu'à des causes étrangères.

Ainsi, chez notre première malade, une fille usée pour son âge, et très fatiguée de son travail, l'accident métaptotique a été une large eschare du siège, de quinze à vingt centimètres de diamètre. Dans la deuxième observation, l'accident a été une diarrhée profuse et rebelle, à laquelle a succédé, pour terminer la scène, un abcès dans l'aisselle, chez une jeune et forte fille, née en province, et dont la digestion pouvait avoir été fatiguée par la nourriture de Paris. Dans la 3e observation, c'est une malade dans le commencement de l'âge critique, ayant eu des crises de coliques hépatiques, et dont le moral était très affecté, ayant eu des troubles dans son ménage et profondément atteinte, attristée et contrariée de l'éloignement de son mari, étant depuis quelque temps dans un état d'esprit sombre et mélancolique. Dès les premiers jours de son séjour dans la salle, je signalai les méninges comme pouvant être prises, et c'est en effet par une méningite mortelle que le rhumatisme se termina. Il me paraît évident que, chez elle, l'excitation cérébrale qui avait précédé la maladie a été

la cause déterminante d'une localisation dans les méninges du mouvement métaptotique.

Nous avons eu un 4e cas analogue d'une autre variété, dont je n'ai vu que le commencement et qui doit figurer au trimestre suivant : rhumatisme articulaire aigu avec métaptote sur les deux plèvres. Il prêterait aux mêmes considérations.

Quelques mots maintenant sur le traitement. Dans le rhumatisme de forme franche, ou de forme bénigne, la fluxion occupant deux ou plusieurs articulations, il faut distinguer trois éléments de l'indication : la fièvre inflammatoire, la douleur et la fluxion articulaire.

Dans les cas tout à fait francs, ces trois syndromes marchent d'accord, mais selon la variété possible, l'un des trois domine la scène, tantôt l'un, tantôt l'autre; ou bien ils se succèdent régulièrement comme ils doivent le faire, mais en s'accentuant avec intensité: d'abord la fièvre inflammatoire très forte ; puis la douleur suraiguë, qui ne cède que lorsque la fluxion se formule et même s'achève. C'est le cas le plus ordinaire. Mais d'autres fois les trois périodes se détachent nettement, et l'une d'elles prend une intensité qui devient une indication urgente.

Dans la forme nettement franche, *aconit* et *bryone* me paraissent les deux médicaments qui répondent le mieux au mouvement fluxionnaire avec fièvre pris dans son ensemble. Si la fièvre inflammatoire domine, je crois qu'il faut insister encore sur ces deux médicaments, et particulièrement sur *aconit*. Si c'est la fluxion articulaire qui domine la scène,

je crois qu'aconit fait peu de chose, et qu'alors bryone et surtout le sulfate de quinine rendent, avec un peu de patience, le service qu'on en attend : la bryone à la 3e et le sulfate de quinine en nature, deux doses de 25 centigrammes dans la journée ou même deux doses de 50 centigrammes si la douleur est vive. C'est alors aussi que le salicylate de soude peut être utile. Je l'ai donné en trituration première au dixième; s'il agit faiblement, il faut élever la dose.

Mais si la douleur est d'une intensité exceptionnelle, comme cela nous est arrivé chez deux malades, ni la bryone, ni la quinine ne suffisent à l'enrayer promptement, et le malade souffre trop, son état général même s'aggrave si l'on n'emploie les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Je me souviens avoir vu dans ma jeunesse les anciens médecins soigner les rhumatismes avec l'opium intus et extra. Ce qui les déterminait évidemment était de répondre à la douleur, et cela leur paraissait l'indication principale, car l'opium ne répond d'ailleurs ni à la fluxion articulaire, ni au mouvement rhumatismal qui n'en suit pas moins son cours et n'en est pas abrégé.

Je ne dirai pas que la maladie est plus longue avec l'opium, comme je l'ai entendu dire, mais certainement elle n'est pas raccourcie, et je craindrais même que la convalescence fût plus longue avec l'abus de la morphine ou de l'opium en raison de l'oppression des forces que cet agent détermine sur l'organisme. Je considère que les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine peuvent être très utiles

dans les cas de très grandes douleurs ; mais je les fais cesser dès qu'elle ne sont pas urgentes, et j'estime que la bryone et le sulfate de quinine qui répondent à la fluxion articulaire en viennent à bout quand il y a une médiocre intensité.

Quand la fluxion a de la tendance à se porter facilement d'une articulation sur une autre, dans la forme ambulante, *pulsatilla* et *bryone* me paraissent encore les deux principaux médicaments. Reste à savoir si le salicylate de soude ne rendrait pas meilleur service encore, en raison de sa localisation sur les articulations ; car c'est en raison de cette localisation qu'il m'a paru agir, d'après ce que j'en ai vu et lu, dans le rhumatisme comme dans la goutte.

On a encore vanté le *colchicum* dont la localisation articulaire paraît aussi la principale indication : mais autant je le trouve utile dans la goutte, autant il m'a fait défaut dans le rhumatisme. Il faut d'ailleurs bien remarquer que la fluxion articulaire est très différente dans la goutte et le rhumatisme. Dans le rhumatisme, cette fluxion prend toute la jointure, tous les éléments anatomiques dans leur ensemble ; tandis que, dans la goutte, la fluxion se localise, se sélecte sur des points particuliers, un ou plusieurs. Ainsi, quand on explore avec le doigt une articulation rhumatisante, tous les points que l'on touche sont douloureux ; tandis que dans la goutte, il n'y a que quelques points particuliers qui le sont ; ainsi, au genou, sur un des points des bords de la rotule, ou vers les condyles du fémur, ou vers l'épine iliaque; et aux phalanges des pieds et des mains, sur les côtés ex-

ternes ou internes, ou sur un des points supérieurs des petits condyles. Il y a donc là deux sortes de fluxions différentes qui m'expliquent comment un médicament qui répond à l'une ne répond point à l'autre.

Le *rhus tox.* répond à presque toutes les articulations ; et de même le *ledum*, le *menyanthes*, le *lycopodium*, la *clématis*, le *china*, le *rhododendron*. Toutefois, *rhus* comme la *pulsat.* localisent leur action plus particulièrement sur l'épaule et le genou ; de même le *ledum*. Le *menyanthes* sur tout le bras ; le *lycopodium* sur les petites articulations ; la *clematis* dans la continuité des jambes, surtout s'il y a en même temps gonflement et douleurs dans les veines. Ces indications rendent de grands services lorsque la fièvre inflammatoire est tombée, et qu'il reste de légères fluxions atoniques avec douleurs.

Il demeure ainsi, quand la maladie est terminée, un état qui tend à s'établir et à subsister longtemps avec des retours offensifs. Quelquefois les douleurs ne sont que comme des malaises vagues, mobiles, avec brisement dans les jointures prises, ou bien avec des douleurs très aiguës qui se localisent sur un point ou un autre, y restent fixées pendant quelques jours, ou même plusieurs semaines, plusieurs mois, et tendent à s'y immobiliser.

Dans d'autres cas, la convalescence consiste dans une sorte d'état général, qu'on peut nommer la *fatigue rhumatismale*, qui est une sorte de courbature générale et habituelle, une langueur dans les mouvements, un besoin constant de s'asseoir, de se reposer, chez des

personnes naturellement actives, plutôt même agitées, qui se disent lasses pour la moindre course, pour le moindre travail. Quelquefois même il y a en même temps comme un engourdissement cérébral : la pensée est laborieuse, on ne peut se mettre à un travail qui exige quelque contention d'esprit, les idées ne viennent que laborieusement et avec peine, et on s'y sent comme impuissant. Cet état dure plus ou moins longtemps dans la convalescence, quelquefois la prolonge pendant des mois, et peut faire craindre des retours offensifs de la maladie.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, de le voir précéder de beaucoup l'attaque qui se déclarera plus tard, et retiendra longtemps le malade. *Rhus*, dans beaucoup de cas, *arsenic* chez les jeunes gens, *china* chez les vieillards, me paraissent les mieux indiqués par leurs pathogénies, ainsi que *lachesis*, et sont ceux qui m'ont rendu le mieux ce que j'en attendais. Mais je mets aussi presque au même rang *sulfur* et *natr. muriat.* qui m'ont surtout réussi dans les cas les plus rebelles, qui duraient depuis longtemps, et alors à la 30e dilution, ou bien comme eaux minerales.

Je n'ai que peu de choses à dire sur les autres malades dont les observations suivent. La première seule (observation 4e) a donné lieu à une difficulté de diagnostic. Je ne l'avais point vue à ses débuts, mais les phénomènes étaient caractéristiques dans les fosses sous-épineuses et indiquaient un mouvement double aux sommets. *Bryone* et *phosphorus* étaient les médicaments indiqués et donnés. Cependant, quand je pris le service, l'état général n'était pas en

rapport avec l'état local. Il y avait une obtusion psychique, une transpiration abondante, avec des frissons, en même temps que se faisait la résolution de la lésion pulmonaire. Ce ne pouvait être une pneumonie franche, ni une pneumonie suppurée : c'était manifestement un autre état dont le début avait été masqué par l'affection pulmonaire qui devait s'y rapporter ; et les accès fébriles intenses et déréglés qui se montraient, la rapidité du pouls, l'état typhique qui s'accentua, le ballonnement du ventre, les selles involontaires et inconscientes ne pouvaient laisser de doute. Le déroulement rapide et comme fulgurant des dernières scènes confirmèrent mes premières prévisions. Je ne pense pas qu'on puisse voir là autre chose qu'une fièvre ataxique débutant comme dans les variétés pulmonaires.

4e Observation. — *Fièvre typhoïde. — Pneumonie.*

Mlle Mercier, 50 ans (lit n° 4, petite salle). Entrée le 25 février. Décédée le 12 mars. — Femme un peu usée par le travail. — A eu la fièvre intermittente dans sa jeunesse. — L'année dernière, fluxion de poitrine à laquelle se sont mêlés des accès pernicieux (?). Actuellement malade depuis le 23 février ; cependant, vers le 2 février, elle a eu un fort rhume de cerveau, puis de la bronchite. Elle toussait beaucoup, mais cela ne l'empêchait pas de travailler lorsque le 23 février, à trois heures du soir, elle a été prise d'un violent frisson, ses dents claquaient et elle éprouvait un grand froid intérieur. Vers 7 heures du soir,

elle a ressenti un violent point de côté (à droite) et la toux a augmenté. Le lendemain, 24 février, elle a craché du sang assez abondamment, dit-elle.

A son entrée, 25 février, face vultueuse, langue saburrale, point de côté violent à droite et dyspnée assez prononcée. Le pouls est irrégulier et présente des intermittences.

Matité dans les 2/3 inférieurs du poumon droit, les vibrations thoraciques y sont exagérées.

A l'auscultation on trouve du souffle dans la fosse sous-épineuse et des râles crépitants fins dans les 2/3 inférieurs du poumon droit. — Bronchophonie dans la fosse sous-épineuse.

Du côté gauche, râles sibilants nombreux et quelques râles sous-crépitants à la base.

Expectoration sanglante, couleur gelée de groseille, collant fortement au fond du crachoir. T. S. 38.6. La malade a ressenti dans la soirée, vers 2 h., un léger point de côté à gauche. L'auscultation révèle une respiration soufflante et quelques râles fins très superficiels, ressemblant à de légers frottements. Bryone 6e et phosph. 6e.

26 *février*, 4e jour.— T. M. 38.7 ; T. S. 39.4. Dyspnée considérable ; la douleur du point de côté est plus vive à gauche qu'à droite. Pouls 124.

Râles crépitants des deux côtés ; souffle dans les deux fosses sous-épineuses. Crachats rouges (groseille) très adhérents. Bryone 12e 6 globules, phosph. 12e 6 globules.

27 *février*, 5e jour.— T.M. 38.8 ; T. S. 38.7. La dou-

leur a beaucoup diminué à droite, mais persiste du côté gauche.

A droite, râles crépitants fins mêlés à des râles sous-crépitants ; le souffle persiste, mais moins fort. Pouls 124. Même état à gauche — Bryone 12e, phosph. 12e 6 glob.

28 *février*, 6e jour. — T. M. 38.5 ; T. S. 38. La malade se trouve mieux, mais éprouve un sentiment de faiblesse. Gros râles sous-crépitants à droite ; respiration soufflante dans la fosse sous-épineuse. Le point de côté à gauche a disparu ; râles crépitants et sous-crépitants mêlés. Crachats adhérents (couleur pâte d'abricot). Même traitement. Pouls 116.

1er *mars*, 7e jour. — T.M. 36.8 ; T. S. 37.4. Pouls 80. La malade se trouve beaucoup mieux ; elle tousse encore et ses crachats sont si visqueux qu'elle est obligée de se servir d'un mouchoir pour en débarrasser la bouche. Même traitement.

2 *mars*, 8e jour. — T. M. 36 ; T. S. 36.8. Pouls 76. La respiration est encore soufflante, râles muqueux et sibilants mêlés des deux côtés. L'expectoration est toujours aussi difficile. Bryone 12e, phosph. 12e 6 glob.

3 *mars*, 9e jour. — T. M. 36.3 ; T. S. 37.8. Pouls 96. Léger souffle à l'expiration dans la fosse sous-épineuse droite.

Tartarus emeticus 3e. Dans la soirée, la malade se trouve moins bien ; la température, prise à 5 heures, donne 37.8, mais l'infirmière dit que vers 7 heures la malade était très rouge et qu'elle a ensuite beaucoup transpiré.

4 *mars*, 10e jour. — T. M. 37 ; T. S. 37.3. Pouls 120. Respiration soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses. Râles crépitants peu nombreux à la base du poumon droit. La malade se trouve plus oppressée. Tartarus 3e.

5 *mars*, 11e jour. — T. M. 37.4 ; T. S. 40. Pouls 124. Râles crépitants dans les 2/3 inférieurs des poumons ; léger souffle dans les fosses sous-épineuses. — La température, prise à 5 h. du soir, donne 37.8. A 6 heures, violent frisson qui a duré 1/2 heure. Température à 6 h. 1/4, 40°.

6 *mars* 12e jour. — T. M. 36 ; T. S. 37. Râles muqueux partout, fatigue extrême. Tartarus 3e, sulfate quinine 0.50 c.

7 *mars* 13e jour. — T. M. 37.5 ; T. S. 39.6. Nouvel accès le soir à 5 h. 1/2 avec violent frisson initial et sueurs profuses vers 8 heures. Tartarus 3e, bryone 3e, sulf. quin. 0.75 c.

8 *mars*, 14e jour. — T. M. 37 ; T. S. 38.5. Grande fatigue. Prostration.

9 *mars*, 15e jour. — T. M. 39.1 ; T. S. 39.6. Accès avec violent frisson. Ballonnement du ventre ; dyspnée extrême. Bryone 3e, carbo 30e, sulf. quin. 0.75c.

10 *mars*, 16e jour. — T. M. 38.5 ; T. S. 39. A l'auscultation, on ne trouve que des râles sibilants disséminés. Grande prostration. La malade (fait sous elle), ne demande plus à boire et dort continuellement. Arsenic 3e, carbo 12e, sulf. quin. 1 gr.

11 *mars*, 17e jour. — T. M. 38.7 ; T. S. 39.4. Prostration absolue. Opium 6e

12 *mars*. — Décès à 10 h. du matin.

5e Observ. — *Pneumonie.*

Mme Forest, 58 ans. Entrée le 8 avril.

Depuis trois semaines cette malade (lit n° 12) avait une bronchite ; elle toussait beaucoup et avait une expectoration mousseuse très abondante.

Il y a cinq jours, le 3 avril, elle fut prise d'un violent frisson dans la soirée et d'un point de côté à gauche.

Le lendemain, le point de côté était plus douloureux et les crachats étaient légèrement colorés en rouge.

A son entrée, le 8 avril, la température est de 39.5 le soir. C'est une femme, grande, maigre, usée par le travail et paraissant avoir 70 ans plutôt que 58. La face est pâle, peu cyanosée quoiqu'elle ait beaucoup de dyspnée.

Prostration considérable avec un peu de subdelirium.

Expectoration assez abondante ne présentant pas de caractère bien tranché ; quelques crachats visqueux couleur sucre d'orge mêlés à des crachats aérés et spumeux.

A la percussion, sonorité peut-être exagérée à droite.

Du côté gauche, matité dans les deux tiers inférieurs du poumon. A droite, râles sibilants nombreux.

Du côté gauche, l'auscultation est plus difficile ; car la malade respire fort mal par suite de la douleur du côté qui l'empêche de faire de fortes inspirations.

Cependant, on entend des râles crépitants fins par bouffées, à l'inspiration seulement, dans le tiers inférieur du poumon. Il y a aussi du souffle et de la bronchophonie. Bryone 3e.

9 *avril.* — T. M. 40.2 ; T. S. 39.8. Grande prostration, dyspnée. L'auscultation révèle les mêmes signes ; souffle, bronchophonie et râles crépitants. Expectoration assez abondante, spumeuse, quelques crachats couleur sucre d'orge. Bryone 3e, aconit 3e.

10 *avril.* — T. M. 39.2 ; T. S. 38.6. Pouls 108. Râles sous-crépitants à la base mêlés de râles plus fins. La matité et le souffle persistent. Bryone 3e, aconit 3e.

11 *avril* (7e jour). — T. M. 39.4 ; T. S. 37. La nuit a été mauvaise ; beaucoup d'oppression, dyspnée et prostration considérable.

Râles sibilants nombreux du côté droit.

A gauche, râles sous-crépitants à l'inspiration et à l'expiration. Bryone 3e, aconit 3e.

12 *avril* (8e jour). — T. M. 36.7 ; T. S. 36.9. La malade se trouve bien, mais éprouve un sentiment de fatigue extrême. A partir de ce jour, la température oscille entre 36.8 et 37 ou 37.2. On prescrit phosphorus 6e jusqu'au 19 *avril.* On ne trouve plus que des râles sibilants des deux côtés. La malade va bien, se lève et reste debout une partie de la journée. Iodium 3e.

22 *avril.* — Sulfur 6e. La convalescence n'offre rien de particulier et la malade sort le 8 mai entièrement guérie.

6e OBSERV. — *Pleurésie chez un phthisique.*

M. Balot, 26 ans, employé de commerce (chambre n° 12). Entré le 2 mars, sorti le 12 avril. Pas d'antécédents héréditaires ; était très sujet aux bronchites et s'enrhumait tous les hivers. La bronchite de l'hiver dernier n'a pas cessé pendant l'été, et s'est aggravée de nouveau au mois de novembre ; de plus, il a considérablement maigri. Ces jours derniers, il a eu des hémoptysies assez abondantes, et c'est ce qui l'a décidé de venir à l'hôpital.

C'est un homme très grand et fortement constitué ; il a maigri beaucoup depuis quelques mois.

A l'auscultation, on perçoit des craquements en avant sous la clavicule gauche ; au sommet droit, expiration très faible.

On ne trouve dans toute l'étendue des poumons que quelques râles sibilants disséminés. Température soir 37.5. Ipeca 3e dil. Hémoptysie légère pendant la nuit.

3 *mars.* — Bryone 3e, ipeca 3e. Râles sibilants nombreux dans toute la poitrine. Quelques crachats striés de sang.

4 *mars.* — Même état ; Bryone 3e, ipeca 3e.

5 *mars.* — Epistaxis le matin ; pas de sang dans les crachats. Nux vomica 3e. Dans la soirée, se plaint d'un léger point de côté à gauche ; rien de particulier à l'auscultation. T. S. 37.7

6 *mars.* — Le point de côté persiste à gauche ; pas de matité à la percussion. A l'auscultation, on perçoit quelques frottements légers qui sont en partie

couverts par des râles sibilants nombreux. Bryone T. M. X gouttes. T. S. 37.9

7 *mars*. — La douleur du côté est plus vive et s'irradie vers l'épaule. Mêmes signes stéthoscopiques. Bryone X gouttes. T. S. 38.2.

8 *mars*. — T. M. 37.8 ; T. S. 38.9. La douleur de côté a beaucoup diminué, mais il y a une toux très fatigante. Expectoration pituiteuse. A la percussion, submatité en arrière du côté gauche. Les vibrations thoraciques ne sont pas tout à fait abolies. A l'auscultation, on perçoit un souffle doux, voilé à la base du poumon. Egophonie légère à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. Bryone T. M. X gouttes,

9 *mars*.—T.M.37.8; T.S. 38.5. Bryone X gouttes.

10 *mars*.— T. M. 37.3 ; T. S. 38.3. Matité absolue dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, abolition complète des vibrations thoraciques ; égophonie au niveau de la fosse sous-épineuse. Bryone X gouttes.

11 *mars*. — T. M. 37.3 ; T. S. 38. Même état. Même traitement.

12 *mars*. — T. M. 37.4 ; T. S. 38. Même état. Même traitement.

13 *mars*. — T. M. 37.3 ; T. S. 38.7. Le malade tousse davantage, rien de particulier.

14 *mars*. — T. M. 37.5 ; T. S. 38.5. A l'auscultation, l'épanchement paraît diminuer.

15 *mars*. — T. M. 37.4 ; T. S. 38.5. Pouls 88. L'epanchement remonte encore à l'angle de l'omoplate, Meloë 3e.

16, 17, 18, 19, 20 *mars*. — La température oscille entre 37.3 le matin et 38.4 le soir ; l'épanchement se résorbe. Meloë 3e.

21 *mars*. — Le souffle a disparu, mais l'égophonie persiste encore ; à quatre travers de doigt au-*dessous* de l'angle de l'omoplate, on perçoit la voix du malade, comme s'il parlait ayant un jeton entre les dents ; son cependant très clair. Meloë 3e.

24 *mars*. — La température est tombée à 36.8 le matin et 37.8 le soir. L'épanchement paraît entièrement résorbé, la respiration s'entend jusqu'à la base ; mais la matité persiste. Légers craquements au sommet gauche, en avant. Meloë 3e.

26 *mars*. — Le malade se lève et descend dans la cour ; la température est à 37 le matin et à 37.7 le soir. Meloë 3e.

27 *mars*. — Le soir, il y a un léger mouvement fébrile. T. M. 37.2 ; T. S. 38.3. A l'auscultation, rien de particulier à la base du poumon. Il y a toujours des craquements au sommet gauche. Respiration un peu rude au sommet droit.

30 *mars*. — T. M. 37 ; T. S. 37.5. Léger point douloureux au côté *droit*. Bryone T. M. X gouttes.

1er *avril*. — Bryone X gouttes, aconit 3e. La pleurésie est complètement guérie ; mais la tuberculose continue de faire des progrès. On perçoit quelques craquements du côté droit en avant et en arrière, sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse.

Ce malade sort le 12 avril, guéri de sa pleurésie, mais non de sa tuberculose.

7e OBSERV. — *Scarlatine.*

M. Delacour, 20 ans, employé de commerce (chambre n° 11). Entré le 27 février, sorti le 4 avril.

La maladie a débuté la veille par un violent mal de tête ; il y a eu des vomissements, puis mal à la gorge.

A son entrée, le 27, la température du soir s'élève à 40.1. Les amygdales, le pharynx et le voile du palais sont gonflés, d'une couleur rouge sombre avec quelques points blanchâtres. Pas d'éruption à la peau. Le pouls est petit et rapide. Belladone 3e.

28 *février.* — T. M. 40.3 ; T. S. 40.5. Les amygdales sont recouvertes en partie d'un enduit blanchâtre ressemblant à des fausses membranes. Pas d'éruption à la peau, si ce n'est à la partie interne des cuisses où l'on remarque une rougeur diffuse sans caractère bien net. Bellad. 3e, cyanure de mercure 3e.

1er *mars.* — T. M. 40.1 ; T. S. 39.7. Eruption par larges plaques rouges peu marquées à la poitrine et à la base du cou, mais très nette sur les jambes et les bras. Les amygdales sont toujours très gonflées et recouvertes d'un enduit blanchâtre. La déglutition est presque impossible. Bellad. 3e, cyanure de mercure 3e trit. 0.10 c.

2 *mars.* — T. M. 38.9 ; T. S. 39.6. L'éruption est complète, plus marquée aux cuisses et aux avant bras. La gorge est toujours dans le même état. Bellad. 3e et cyanure de merc. 3e.

3 *mars.* — T. M. 39 ; T. S. 39.5. Pouls 120, petit, obscur. La gorge est toujours dans le même état.

déglutition très pénible. Douleurs rhumathoïdes dans les poignets et les épaules. Rhus tox. 3e ; cyanure de merc. 3e trit. 0.20 c.

4 *mars*. — T. M. 38.5 ; T. S. 39. La gorge va mieux et ne présente plus de points blanchâtres. La douleur des articulations persiste. L'éruption pâlit et tend à s'effacer. Même traitement.

5 *mars*. — T. M. 38.5 ; T. S. 38. Pouls 80. Rhus tox. 3e.

6 *mars*. — T. M. 37.1 ; T. S. 37.3. La douleur dans les poignets a disparu, la gorge va beaucoup mieux et le malade commence à manger. Bellad. 3e.

8 *mars*. — T. M. 36.8 ; T. S. 37.3. Pouls 56. La desquamation commence en certains endroits. Le malade se trouve bien. Pas d'albumine dans l'urine. Bellad. 3e.

La convalescence ne présente rien de particulier ; pas d'albumine, et le malade sort le 4 avril parfaitement guéri.

8e Observ. — *Scarlatine.*

Touret (Léon), 4 ans 1/2. Entré le 29 janvier.

Tumeur blanche du genou droit, résection du genou le 1er février.

Le 10 mai, cet enfant se plaint d'avoir mal à la tête ; la température s'élève le soir à 39.8.

11 *mai*. — T. M. 39. Eruption scarlatiniforme encore peu marquée ; rougeur diffuse sur la poitrine et les cuisses. Angine légère peu douloureuse. Le soir, l'éruption est complète par tout le corps ; la température est de 38.5. Bellad. 3e, cyanure de merc. 3e.

12 *mai.* — T. M. 37.5 ; T. S. 38.6. Même état, même traitement.

13 *mai.* — T. M. 37 ; T. S. 37.5. Pouls 132. L'angine est toujours peu marquée. L'éruption pâlit légèrement.

14 *mai.* — T. M. 37 ; T. S. 37.5. Même traitement.

18 *mai.*— T.M. 37 ; T. S. 37.5. L'éruption a disparu en partie. Pas d'albumine dans l'urine. Bellad. 3°.

Le 20 mai, la desquamation commence ; le malade mange, est très gai. Rien de particulier pendant la convalescence.

9e Observ. — *Scarlatine.*

Mlle Mormon, 16 ans (chambre n° 13). Entrée le 27 mars. Sortie le 19 mai. Entrée le 3e jour de sa maladie avec une température qui s'élevait à 40.2. La gorge est très douloureuse et la déglutition presque impossible. Le pharynx, les amygdales et le voile du palais sont rouges, gonflés et recouverts par places d'un exsudat blanchâtre sans consistance. L'éruption a débuté le jour de son entrée, par les mains et les avant-bras. Ce sont de larges plaques irrégulières d'un rouge vif très rapprochées. Bellad. 3e dil.

28 *mars.*— T. M. 39.5; T. S. 39.8. L'éruption a gagné le tronc et les jambes. Angine toujours très douloureuse.

29 *mars.* — T. M. 38.6 ; T. S. 38.2. Bellad. 3e et cyanure de mercure 3e.

30 *mars.* — T. M. 38.5 T. S. 39.4. L'éruption commence à pâlir ; mais la malade se plaint d'une douleur assez vive dans les deux poignets. Le moin-

dre mouvement imprimé aux mains exagère la douleur. Même traitement.

31 *mars*. — T. M. 38 ; T. S. 38,2. L'angine va un peu mieux ; mais l'arthrite des poignets persiste. On donne Rhus tox. 3e.

1er *avril*.— T. M. 37.5 ; T. S. 37.8. Rhus tox. 3e. L'analyse des urines ne révèle pas d'albumine.

3 *avril*. — T. M. 37.7 ; T. S. 37.9. Sueurs abondantes dans la nuit et le matin. L'éruption a disparu à peu près. Rhus tox 3e.

4 *avril*. — T. M. 37.6 ; T. S. 38. Douleur dans l'épaule gauche; la douleur des poignets persiste. Rhus tox. 3e.

5 *avril*. — T. M. 37.4 ; T. S. 37.5. Les poignets vont beaucoup mieux.

6 *avril*. — T. M. 37 ; T. S. 37.2. Les douleurs articulaires ont tout à fait disparu La desquamation se fait aux mains et aux jambes la malade se trouve très bien. On suspend le traitement. La température, prise jusqu'au 15 avril, 22e jour de la maladie, ne s'élève jamais au-dessus de 37.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 2 mai, la malade dit que ses jambes enflent un peu le soir ; on trouve, en effet, un peu d'œdème vers les malléoles et sur la face antérieure du tibia. L'urine, examinée avec le réactif d'Esbach, marque 0. gr. 25 c. d'albumine. Bellad. 3. Le 6 mai on ne trouve plus de trace d'albumine, non plus que les jours suivants. On continue Bellad. 3e pendant quelques jours.

La malade sort guérie le 19 mai.

10e Observ. — *Scarlatine.*

Mme Rodary 43 ans. Entrée le 1er avril 1886 (chambre n° 13). Sortie le 11 mai 1886. Cette malade est femme de chambre dans une maison où deux enfants ont eu la scarlatine (il y a un mois). Elle a été souvent *auprès* d'eux pour les veiller.

Prise, hier, de céphalalgie et de courbature, elle a dû se coucher. Dans la nuit elle a vomi plusieurs fois et aux autres symptômes est venu s'ajouter un violent mal de gorge.

A son entrée, 1er *avril.* — T. S. 39.6. La gorge est rouge, les amygdales volumineuses; mais on ne trouve rien de caractéristique. Bellad. 3e.

2 *avril.* — T. M. 39.3 ; T. S. 40. Vive douleur dans les membres avec sentiment de brisure. La gorge présente les mêmes caractères, et l'examen le plus minutieux ne laisse voir aucune trace d'éruption sur le corps. Bellad. 3e, aconit 3e.

3 *avril.* — T. M. 39.4 ; T. S. 39.1. Vomissement dans la nuit. Eruption légère aux bras et sur la partie interne des cuisses. Les amygdales présentent de petits points blanchâtres. Bellad. 3e ; cyanure de mercure 3e.

4 *avril.* — T. M. 37.9 ; T. S. 38.2. L'éruption est généralisée. L'angine est très douloureuse. Même traitement.

5 *avril.* — T. M. 38 ; T. S. 38 2. Douleurs vagues dans les articulations. La gorge est toujours très douloureuse. Pas d'albumine dans les urines. Rhus tox. 3e.

6 *avril.* — T. M. 37.4 ; T. S. 37.6. Déglutition douloureuse et douleur dans les articulations.

7 *avril.* — T. M. 36,9 ; T. S. 37.2. La température continue à osciller entre 36.5 et 37 ou 37.2. La gorge va beaucoup mieux. La desquamation commence à se faire.

La convalescence n'a rien présenté de particulier

Le 28 avril on a donné pulsatilla 3e, à cause des règles qui étaient un peu douloureuses.

La malade sort guérie le 11 mai.

Dr FRÉDAULT.

CLINIQUE DE L'HOPITAL ST-JACQUES

(JUIN, JUILLET, AOUT 1886)

(Service de M. TESSIER)

—

Avant de publier les observations qui m'ont paru présenter quelque intérêt, ainsi que les réflexions qu'elles m'ont suggérées, je donne, en deux tableaux, la statistique du mouvement des malades à l'Hôpital Saint-Jacques, pendant mon trimestre.

Sur les 29 malades inscrits ci-dessous, il y a eu 5 décès, c'est-à-dire 17,2 %. Cette énorme mortalité tient à ce que j'ai trouvé le service rempli de maladies chroniques. La nomenclature des décès prouvera au surplus que les cinq cas de mort sont dus à des maladies absolument incurables.

Malades entrés avant le 1er juin et sortis pendant le trimestre du Dr Tessier.

LIT	NOMS	ENTRÉE	JOURS	SORTIE	DÉCÈS	DIAGNOSTIC
H. 1	*Misztowtt*	24 *juill.* 84	731	»	25 *juil.* 1886	*Cachexie scrofuleuse*
H. 4	Thibault	20 mai 85	391	14 juin 86		Résection de la hanche (tumeur bl.)
F. C. 9	Dureau	1er oct. 85	273	30 juin 86		Pemphygus
H. 13	Lafont	19 oct. 85	254	29 juin 86		Pleurésie purulente
F. 2	Soubra	27 mars	117	21 juillet		Cancer de l'utérus
F. 4	Roux	29 mars	98	3 juillet		Chlorose
H. 7	Werber	8 avril	45	21 juin		Phthisie pulmonaire
F. II 2	Béranger	12 avril				
F. 14	*Radigon*	13 *avril*	82		3 *juillet*	*Phthisie pulmon.*
F. 13	Nicolet	6 mai	42	18 juin		Rhumatisme et pleurésie
F. 6	Cerveau	6 mai	31	5 juin		Psoriasis
F. 10	Hamm	11 mai	23	2 juin		Névralgie intercost.
H. 2	*Susez*	11 *mai*	98		16 *août*	*Cancer de l'estomac*
H. 5	Deveney	11 mai	35	14 juin		Phthisie
F. 12	Bourdon	11 mai	43	22 juin		Hystérie
*HC.*11	*Lecouvé*	13 *mai*	69		20 *juill.*	*Pachyméningite*
F. 9	Guillon	15 mai	32	15 juin.		Staphylôme opéré
F. 7	Lameure	16 mai	30	14 juin.		Hystérie
F. 15	*Tastot*	18 *mai*	27		13 *juin.*	*Phthisie*
F. I. 1	Ritter	18 mai	19	5 juin.		Anthrax
H. C. 5	De Cazeneuve	18 mai	49	5 juillet		Uréthrotomie interne
H. 4	Régnier	18 mai	81	7 août		Fièvre typhoïde
F. C. 3	Gateau	20 mai	65	23 juillet		Cancer du sein opéré
H. 12	Saulel	23 mai	16	7 juin		Fistule à l'anus
H. 3	Chalopin	24 mai	32	24 juin		Mal de Pott
H. C. 4	Beusa	24 mai	13	5 juin		Cataracte
H. 6	Petit	26 mai	40	4 juillet		Phthisie
H. 1	Rinders	27 mai	10	5 juin.		Chlorose
F. 4	Ravel	29 mai	7	4 juin		Angine phlegmoneuse.

Malades entrés depuis le 1er juin jusqu'au 1er septembre.

LIT	NOMS	ENTRÉE	JOURS	SORTIE	DÉCÈS	DIAGNOSTIC
F. 11	Houssin	2 juin	8	9 juin		Tumeur de l'utérus (*fœtus mort*)
H. 14	Pétion	2 juin	28	29 juin		Polysarcie
F. 5	Leroy	4 juin	15	18 juin		Hystérie
F. C. 8	Bouveret	4 juin	15	18 juin		Hypochondrie
F.C.13	Dubois	4 juin	16	19 juin		Cataracte opérée
F.C.13	Gouiillé	4 juin	5	8 juin		Cataracte opérée
H.	Gastens	8 juin	10	17 juin		Bronchite chronique
F. II. 4	Gueissinger	11 juin	36	16 juillet		Rhumatisme
F. II. 1	Gueissinger	11 juin	48	28 juillet		Kyste hydatiq. du foie
F. 1	*Béliard*	11 *juin*	15		25 *juin*	*Insuffisance aortiq., cachexie cardiaque*
F. 11	Crozet	12 juin	15	26 juin		Sciatique
F. 6	Riche	13 juin	15	27 juin		Varicelle
*H.C*11	*Doucet*	13 *juin*	6	18 *juin*	18 *juin*	*Diphthérie de la gorge, du larynx et des bronches*
F.	Vassart	14 juin	34	17 juillet		Phthisie pulmonaire
F. 7	Oberson	24 juin	7	30 juin		Névralgie ovarique
H.	Proutcher	28 juin	14	11 juillet		Rhumatisme
F. 6	Petiot	29 juin	8	6 juillet		Varicelle
H. 15	Sève	29 juin	13	11 juillet		Orchite
H. 7	Pichelin	3 juillet	12	14 juillet		Eczéma des mains
C.2.F.	Monot	6 juillet	15	20 juilet		Dyspepsie
H. 14	Cayasse	6 juillet				En traitement
F.C.14	Fouquet	7 juillet				En traitement
H. 5	Péronneau.	9 juillet				En traitement
F. 15	Scheltema	11 juillet	14	24 juillet		Coliques hépatiques
F. II. 6	Zunvrunel	12 juillet				En traitement
F. 12	Labbé	13 juillet				En traitement
H. 12	Gonnet	15 juillet	16	30 juillet		Adénite suppurée
H. 3	Lévy	16 juillet	2	17 juillet		Tœnia
H. 6	Degoul	16 juillet	14	29 juillet		Commotion et compression cérébrale
F. 14	Dubré	17 juillet				En traitement
H. 3	Mougé	17 juillet				En traitement
H. 7	*Rouxel*	23 *juillet*	6		28 *juill.*	*Néphrite interstitielle avec aortite*
H. 15	Rabiat	24 juillet	4	27 juillet		Rhumatisme
F. 15	Ulmer	25 juillet	30	23 août		Phlébite
H. 13	Colombet	27 juillet				En traitement
F. 4	Verdot	28 juillet	20	16 août		Hystérie
H.II. 1	Joffroy	29 juillet	2	30 juillet		Tœnia
*F.C*13	*Dejean*	30 *juillet*	5		3 *août*	*Variole hémorrhag.*
H. 12	Buchot	31 juillet				En traitement
F. C. 4	Trebaôl	2 août	30	31 août		Scarlatine
F. 13	Bienaimé	2 août				En traitement
F. 6	Gilbert	3 août				En traitement

Malades entrés depuis le 1er juin jusqu'au 1er septembre (Suite).

LIT	NOMS	ENTRÉE	JOURS	SORTIE	DÉCÈS	DIAGNOSTIC
H. II.6	Cousin	6 août	31	5 sept.		Hypocondrie
F.5	Picard	9 août				En traitement
H.4	Duc	9 août	18	26 août		Pleurésie
F. C. 3	Robert	11 août	15	25 août		Affection cardiaque
F	Escure	14 août	12	25 août		Varices
F.	Blat	15 août	15	29 août		Rhumatisme
H.II. 1	Letourneur	16 août				En traitement
F. 4	Piget	17 août	15	31 août		Chlorose
F. 9	Hervier	18 août				En traitement
F.II. 1	Bès	23 août				id.
F. 1	Fontaine	24 août				id.
F. 2	Maurice	24 août				id.
F. 7	Marcerat	24 août				id.
F. 15	Bouland	24 août				id.
F. 11	Cavet	25 août				id.
F. 10	Durand	28 août				id.
H.II.5	Ballet	29 août				id.

Je ne donne pas le diagnostic des malades en traitement, ce serait empiéter sur les attributions de mon collègue et ami le Dr Piedvache, dont le trimestre hospitalier suit immédiatement le mien.

59 malades ont été reçus du 1er juin au 1er septembre.

Sur ces 59 malades, il y a eu 4 décès, c'est-à-dire 6,7 %. Voilà les malades que je revendique, et la statistique que je suis en droit de considérer comme m'appartenant en propre. J'ai eu, il est vrai, deux décès par maladies aiguës, un par diphthérie et l'autre par variole hémorrhagique, mais au moins je me suis tenu autant que possible dans l'esprit de notre règlement qui veut que l'hôpital Saint-Jacques soit un hôpital et non un hospice d'incurables.

Observation I.

Diphthérie.

M. H. Douat, âgé de 22 ans, employé de commerce, entre le 13 juin. Ce jeune homme est toujours dans un état de santé peu satisfaisant. Il a eu de très nombreuses bronchites depuis son enfance jusqu'à maintenant. Depuis trois jours, il a éprouvé un léger mal de gorge qui ne l'a point empêché d'ailleurs de vaquer à ses occupations. Avant-hier pourtant, se sentant fatigué le soir, il se coucha sans manger, et le lendemain, souffrant davantage, il alla consulter un médecin qui, après lui avoir prescrit un vomitif, lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

A son entrée le 13 juin, à 3 heures du soir, il présente une température de 38.5 ; sa voix est légèrement altérée, mais non éteinte. Les ganglions du cou sont un peu engorgés, les amygdales volumineuses et recouvertes de fausses membranes peu épaisses, qui s'étendent aux piliers et au voile du palais du côté gauche. La luette a presque doublé de volume et présente un point blanchâtre à gauche. L'interne prescrit belladona 3e et cyanure de mercure 3e *trit.*

14 juin (4e jour).— T. M. 37.3. L'aspect du malade est satisfaisant, il a reposé pendant la nuit et ne semble pas gravement atteint. L'examen local nous montre des fausses membranes assez étendues, grisâtres, sans fétidité. La luette est très volumineuse et œdématiée, elle est aussi grosse que le pouce et longue d'au moins trois centimètres. La voix n'est pas altérée. Prescription : apium virus 2e trit. et cyanure de mercure 2e trit. T. S. 37.5.

15 juin (5e jour).— T. M. 37.3. La luette est toujours aussi volumineuse. Le malade ne souffre pas trop, et se trouve un peu mieux ; mais les fausses

membranes s'étendent et l'urine est albumineuse. T. S. 38.5.

16 juin (6 jour). — T. M. 39°. Prostration considérable, voix presque éteinte et facies profondément altéré. La luette a diminué de volume, mais elle est complètement entourée de fausses membranes. Il existe une sensibilité réflexe très marquée qui rend difficile l'examen de la gorge. Douleur dans le côté droit ; à l'auscultation, on ne trouve que des râles muqueux et sibilants disséminés dans toute l'étendue du poumon. Même traitement (apis 2e tr. 0.20 c. et cyan. merc. 2e tr. 0.20 c.). T. S. 40.1. Le malade tousse beaucoup et se plaint davantage de son point de côté à droite. Submatité, quelques râles fins sous-crépitants mêlés à des râles sibilants.

17 juin (7e jour). — T. M. 39.4. La gorge est dans le même état; le malade tousse beaucoup. Matité légère du côté droit et râles crépitants fins par bouffées à l'inspiration. Bryone 1re aconit 1re.

Vers deux heures du soir, accès de suffocation qui s'est terminé par l'expulsion d'une fausse membrane tubulée et de quelques crachats. T. S. 39.8.

18 juin (8e jour). Prostration profonde, voix tout à fait éteinte, état général très grave. T. M. 39. Dyspnée très prononcée ; cependant, la gêne ne paraît pas provenir du larynx ; très peu de tirage. Bryone 12e et carbo-veget 12e. Cyanose de la face et des extrémités. A midi accès de suffocation, expulsion de fausses membranes tubulées. A trois heures, d'autres fausses membranes sont rejetées. T. S. 9.5. L'état du malade s'aggrave de plus en plus ; dyspnée considérable, teinte asphyxique sur tout le corps. Mort à 8 h. du soir.

Réflexions. — Ce malade avait toujours été chétif et malingre depuis sa naissance; il avait été ré-

formé à la conscription ; bref il présentait peu de résistance à la maladie. J'ai eu soin de lui faire prendre le plus possible de cognac, de café, de vin de champagne ; en un mot, j'ai essayé, mais en vain, de soutenir ses forces. Peut-être me demandera-t-on pourquoi je n'ai pas eu recours à la trachéotomie. Ma réponse est bien simple. Les deux derniers jours, la gorge et le larynx n'étaient presque plus en cause, la diphthérie avait envahi le poumon, comme le prouvaient les fausses membranes tubulées que crachait le malade. En pareil cas, l'opération est reconnue comme inutile ; je n'ai pas cru par conséquent devoir la tenter.

Observation II.

Variole.

Mme Dejean, 59 ans. — Entrée le 30 juillet. (Décès le 3 août 10 h. s.). Rhumatisante depuis plusieurs années. Actuellement couchée depuis cinq ou six jours. Céphalalgie, douleur dans les membres, courbature générale, *pas de douleur lombaire exagérée*. Douleur épigastrique, nausées, mais pas de vomissements.

Après 4 jours de prodromes sans fièvre, éruption le 29 dans la soirée. 36 heures de fièvre seulement avant l'éruption. Bellad. 3e, arsenic 3e.

30 juillet. — T. M. 3.96 ; T. S. 3.92. Eruption papuleuse peu marquée à la face ; le voile du palais et la gorge sont recouverts de boutons. Larges plaques de purpura aux hanches et dans l'aine ; quelques taches disséminées sur le reste du corps. Pronostic fatal.

31 juillet. — L'éruption paraît devenir confluente à la face : mais elle n'a pas de caractère bien tranché.

Pas de bouffissure de la face. Aspect de la rougeole boutonneuse. Sur la poitrine, éruption analogue, mais on trouve vers l'aisselle des boutons ombiliqués. T. M. 38.9 ; T. S. 39.2. China, teinture mère 10 gr. ; eau 250 gr.

1er août.—Eruption papuleuse confluente; pas de pustule à la face. Ecchymose sur la paupière supérieure de l'œil droit, injection des conjonctives. Boutons ombiliqués disséminés sur les cuisses, les bras et la poitrine ; vastes plaques de purpura hémorrhagica aux hanches et dans les fosses iliaques. T. M. 37. ; T. S. 38.4. China, teinture mère 10 gr.

2 août. — Eruption généralisée, confluente, pustules ombiliquées à la poitrine, aux bras et aux cuisses; la face ne présente qu'une éruption papuleuse. Le voile du palais est blanc, la muqueuse est soulevée sur une assez grande étendue. La déglutition est impossible et la malade ne peut prendre ses médicaments. Dans la nuit subdelirium et hallucinations. China, teinture mère 10 gr., lavement avec bouillon et vin. La température est à 37° le matin et à 36°8 le soir.

3 août. — La nuit a été très mauvaise, hallucinations et accès de suffocation. Impossibilité absolue d'avaler quoi que ce soit. Large tache ecchymotique sur la face dorsale de la main gauche entre la base du pouce et l'index. Ecchymose des paupières ; hémorrhagie sous-conjonctivale ; grande agitation. Phosph. 6e, lachesis 6e.

4 août. — Même état. Pas de boutons ombiliqués à la face. Vastes plaques de purpura aux hanches et sur le ventre. Plaques ecchymotiques à la main et aux deux jambes. Déglutition impossible, la malade n'a pu prendre ses médicaments. Faiblesse extrême, légère prostration. Mort subite, *sans agonie*, à 10 h. du soir, comme l'avait annoncé M. Tessier.

Réflexions. — Dès que la malade entra à l'hôpital, je pus malheureusement prédire quelle succomberait presque certainement à sa maladie. Il faut noter, dans ce cas, le manque de rachialgie et de vomissements dans la période d'invasion. Ces deux phénomènes manquent rarement, de même que les sueurs précoces.

Observation III.

Rhumatisme articulaire.

M. Proutcher, 21 ans, blanchisseur. Entré le 28 juin. Sorti le 10 juillet. Ce malade, employé dans un lavoir, a eu une première atteinte de rhumatisme il y a deux mois. Il a été traité à Necker (les deux pieds et le genou droit). Il est sorti de l'hôpital il y a 11 jours, se croyant guéri ; il n'y avait plus de gonflement, mais il souffrait encore un peu.

Ayant voulu reprendre son travail, le rhumatisme est revenu.

A son entrée, la température du soir n'est qu'à 37.4, on ne trouve qu'un léger gonflement autour des malléoles et on peut imprimer aux pieds quelques mouvements d'extension et de flexion sans provoquer une douleur trop vive. Rien au cœur.

29 juin.— T. M. 36.8 ; T. S. 37.3. Causticum 6e.

1er juillet.—T. M. 36.8 ; T.S. 37. Même traitement. Le malade se lève et reste debout presque toute la journée.

8 juillet. — Sepia 12e. On a cessé de prendre la température

10 juillet.—Le malade quitte l'hôpital entièrement guéri.

Réflexions. — Il n'y a pas grande remarque à faire sur ce cas de rechute chez un rhumatisant, sorti peut-être un peu trop tôt de l'hôpital Necker.

L'indication de *causticum*, lorsque les douleurs et le gonflement articulaire se produisent surtout sous l'influence de la marche et de la station debout, est connue de tous les homœopathes. Il y a une observation d'Escallier dans le IVe vol. de l'*Art médical*, page 374, où cette action est mise en lumière d'une façon indiscutable. Quant à *sepia*, chacun sait qu'elle répond à la raideur des jambes, à la sensation brûlante dans les pieds, symptômes présentés par notre malade.

Observation IV.

Epididymite.

M. X., 22 ans. — Entré le 29 juin. Sorti le 10 juillet. Ce malade a eu une blennorrhagie il y a un an; il a été guéri, dit-il, au bout d'un mois ; peut-être avait-il conservé un léger écoulement indolore. Quoi qu'il en soit, il y a trois semaines, il s'est aperçu qu'il y avait le matin une goutte de pus à l'entrée du canal. Quelques jours après, il éprouva de la pesanteur dans la région inguinale droite ; et il y a 7 jours le testicule droit est devenu douloureux et a augmenté de volume au point de l'obliger à cesser tout travail et à prendre le lit.

29 juin. — Pulsatilla 3e. Repos au lit.

1er juillet. — Amélioration sensible, le gonflement diminue. Pulsatilla 1re.

3 juillet. — Le malade va beaucoup mieux, il n'y a plus de douleur, mais il reste encore un peu d'induration.

6 juillet. — Aurum 12e, jusqu'à la sortie du malade qui a lieu le 10 juillet.

Réflexions. — L'action de la *pulsatille* sur le testicule et sur la parotide est admise par tous les disciples de Hahnemann, et leur a donné des succès qu'on ne compte plus aujourd'hui. Notre savant et cher ami le Dr Piedvache nous a montré dans sa traduction des œuvres de Störck, que cet illustre médecin nous avait devancés dans l'application de ce remède. Naguère les médecins de l'Ecole officielle ont mis à profit notre expérience et ont eu tout lieu de s'en louer. Inutile de dire que, suivant l'usage, ils ont négligé de nous citer.

Dr Tessier.

(*A suivre.*)

Le Gérant : Dr I. Guérin-Méneville.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du 24 janvier 1887.

Le docteur Frédault rend compte à la Société de la démarche qu'il a faite auprès du docteur Cretin pour l'engager à retirer la démission qu'il a donnée comme membre de la Société. Le docteur Cretin, malgré toutes les sollicitations, a désiré maintenir sa démission, son âge lui commandant le repos, et ayant en outre besoin de toute sa liberté pour se livrer à des travaux particuliers. Sa décision est inébranlable, et la Société, en exprimant son vif regret de la retraite de son éminent membre, l'a, par un vote unanime, nommé membre honoraire.

La Société décide en outre que la convocation pour la prochaine séance portera à son ordre du jour l'élection d'un deuxième vice-président en remplacement du docteur Cretin.

L'ordre du jour appelle ensuite la continuation de la discussion de la clinique du docteur Jousset.

M. Frédault.— Dans sa clinique insérée au *Bulletin* de novembre, M. Jousset a soulevé la question des coliques hépatiques, une des plus importantes questions pathologiques à notre époque. Je dis à

notre époque parce qu'il me semble que cette affection est devenue plus fréquente qu'elle ne l'était ; du moins je l'ai vue se multiplier dans ces dernières années. Est-ce le résultat des troubles moraux, des inquiétudes multipliées, des sollicitudes troublantes de ce temps, ou le fait de l'atavisme qui agit aussi bien dans l'ordre morbide que dans l'ordre physiologique, et ramène à certains moments des dispositions morbides et des maladies qui avaient régné chez les ancêtres ? ou est-ce une question de régime ? Pour une cause ou pour une autre, cette affection me paraît bien plus fréquente qu'elle ne l'était dans ma jeunesse.

M. Jousset nous en cite deux faits, l'un chez une jeune femme, l'autre chez une dame plus âgée, qui est peut-être celle que j'ai moi-même vue et soignée à plusieurs reprises dans la maison Saint-Jacques. Cela importe peu d'ailleurs, si ce n'est que je prends ce dernier fait pour exemple de la longue durée de l'affection, dont on ne soigne le plus ordinairement que les crises douloureusement aiguës.

M. Jousset résume le traitement en citant quelques médicaments. Il semble y peu compter, et se reporte principalement sur les piqûres de morphine qui donnent un apaisement instantané pour des douleurs d'une grande violence. C'est aussi mon avis que, pour les grandes crises, la morphine est le moyen héroïque. Mais les crises n'ont pas toujours la même violence, et bien souvent même on voit rendre des calculs volumineux après des crises relativement médiocres. Il me souvient d'en avoir vu rendre plu-

sieurs, dont un était plus gros qu'un œuf de pigeon, gros comme un œuf de poulette. C'était chez une jeune personne dont la crise avait duré plusieurs jours, mais sans être entièrement douloureuse.

Je me rends d'ailleurs mal compte de cette douleur dans son intensité et dans son siège. On l'a attribuée à la dilatation du canal cholédoque par le calcul se dirigeant dans le duodénum. Mais il est certain que dans certains cas, cette douleur est très peu de chose ou du moins très modérée avec des calculs très volumineux, et dans d'autres cas très vive avec de très petits calculs et même avec de la boue biliaire. Il est vrai que la dilatation du canal cholédoque peut se faire tantôt très lentement, en douceur, et d'autres fois très vite avec violence ; et ce serait le plus ou moins de violence expulsive qui répondrait à la plus ou moins grande acuité des douleurs. Mais cela est-il tout ? Il y a autre chose.

D'un autre côté, si le siège réel de la douleur est dans le canal cholédoque dilaté avec plus ou moins de brutalité par le calcul, comment se fait-il que le siège apparent soit si variable ? Car cette douleur n'est pas toujours, tant s'en faut, la douleur hépatique classique, dans l'épaule, que tous les livres de pathologie signalent ; et c'est là le côté vraiment intéressant de la question. Tantôt la douleur siège dans l'hypochondre droit sur presque tout l'emplacement du foie. Dans d'autres cas, c'est au creux de l'estomac, et le malade se plaint surtout de son estomac, vous disant, si vous palpez le foie, qu'il n'a pas le foie malade, mais l'estomac. Dans d'autres cas, la

douleur est fixe au niveau de la vésicule biliaire, descendant même au-dessous de la grande courbure de l'estomac ; ou bien elle se prolonge dans l'hypochondre gauche, dans la direction de la rate, comme si c'était ce dernier organe qui fût malade, bien qu'il ne le soit pas. Dans d'autres cas encore, la douleur se prononce en cercle, en ceinture, étreignant toute la base du thorax, ou se prolongeant du côté des reins, lesquels d'ailleurs peuvent être touchés, car il n'est pas rare de voir des coliques hépatiques se compliquer de coliques néphrétiques, ou encore alterner avec celles-ci. Enfin, dans d'autres cas, la douleur siège tout en haut de la poitrine, en avant, en haut du sternum et au-dessous des clavicules, et parfois transperçant la poitrine pour retentir dans le dos ; ou bien s'irradiant dans les nerfs intercostaux, ou sous-mammaires, comme la douleur des hystériques. Je signale cette douleur si intéressante dans sa variabilité de siège, si curieuse à ce titre, et si utile à connaître dans certains cas. En effet, il m'est arrivé bien des fois de reconnaître, à cette douleur du haut de la poitrine, un travail hépatique chez des malades qui m'avouaient avoir eu déjà des coliques hépatiques, ou chez qui j'ai vu ce travail du foie déterminer des crises bien des mois plus tard.

Or, Messieurs, je crois qu'il faut tenir grand compte de la variabilité de la douleur pour le traitement. Sans doute quand la douleur est d'une grande violence, l'injection de morphine est le remède héroïque; mais quand la douleur n'est pas exaspérante, si on peut se priver de l'action de la morphine, qui oppri-

me toujours et débilite l'organisme, il faut voir si nous n'aurions pas un médicament capable de rendre le service que nous lui demanderons. Or, il y en a un que j'ai déjà signalé, sans le crier par-dessus les toits, parce qu'il n'est pas dans mes habitudes de rien crier par-dessus les toits ; c'est la *cantharis* qui m'a réussi dans des cas même très aigus, soit en la donnant seule, soit en l'alternant avec *china*, ou *belladone*, ou *bryone*, ou *pareira*.

J'alterne *cantharis* avec *china* surtout quand il y a redoublement de trouble après le repas ou après le moindre essai d'alimentation. *Belladone* me paraît préférable quand la douleur est dans l'hypochondre droit, ou vers les côtes ou au creux de l'estomac, ou quand cette douleur tourbillonne dans le ventre vers le nombril.

Bryone m'a réussi surtout quand la douleur est au devant de la poitrine ou à la base, ou et surtout quand il y a un mouvement de fluxion sur les reins amenant des régurgitations acides, comme des pituites goutteuses.

Pareira m'a rendu également de grands services quand j'ai soupçonné une crise des reins accompagnant la crise du foie ; et du reste il m'a semblé que son action porte à la fois sur les deux organes. Enfin, il y a un médicament dont j'ai usé plusieurs fois, le *lycopodium*, et qui me paraît mériter de n'être pas négligé.

Quant au ricinus, qui avait, il y a bien des années, été conseillé par mon ami le docteur Emery, de Lyon, je n'en ai tiré que peu de choses. J'ai essayé moi-

même le médicament à haute dose pour en connaître les effets pathogénétiques, et j'en ai éprouvé une douleur hépatique très vive qui m'a duré presque toute la journée ; je l'ai donné ensuite dans des cas d'hépatalgie sans en obtenir rien de bien positif.

Je viens maintenant à un sujet dont M. Jousset nous entretient dans sa clinique insérée dans le *Bulletin* de décembre. Il s'agit d'une jeune femme chez laquelle il a cru reconnaître un cas d'épilepsie jacksonnienne ou autrement dit d'une épilepsie avec convulsions partielles : des mouvements cloniques et toniques dans l'épaule et le bras, et tout un côté du corps. Pour moi, je suis disposé à ne voir là que des convulsions hystériques, je n'y trouve point les caractères de l'épilepsie. C'est le point que je voudrais élucider.

Dans l'épilepsie, le début de l'attaque est brusque et violent, subit, instantané. Le malade est pris, souvent pousse un cri, et tombe instantanément dans une crise de convulsions toniques, tétaniformes. Au contraire, dans les attaques de la malade dont on nous parle, le début est mou, la convulsion va progressivement en s'accentuant. Il n'y a pas de cris, M. Jousset le marque expressément. Les mouvements se font par un écartement et un rapprochement du bras, comme des mouvements rythmiques. Si on touchait un point du deltoïde, la convulsion qui s'apaisait recommençait comme si elle repartait sous l'influence d'une hyperesthésie. Ce sont là bien plutôt des convulsions hystériques qu'épileptiques.

Il n'y avait pas d'hémi-anesthésie, M. Jousset le

remarque expressément parce que ce phénomène est un attribut très fréquent de l'hystérie. Cela est vrai, mais enfin quoiqu'un attribut fréquent de l'hystérie, ce n'en est point un attribut indispensable ; personne n'oserait soutenir que là où il n'existe pas il n'y a pas hystérie. Remarquons, d'ailleurs, que dans ce cas la sensibilité était touchée d'une manière extraordinaire. La rédaction de l'observation porte que si on touchait le membre avec les deux pointes écartées d'un compas, la malade sentait les deux piquants, mais que si on la touchait un instant après, avec un seul piquant, elle croyait en sentir deux ; comme si la sensation première était assez durable pour masquer et adultérer la seconde. Manifestement c'est là une de ces modifications extraordinaires, étranges, comme on n'en rencontre que dans l'hystérie. Cela est en dehors des attributs épileptiques.

L'observation ne nous parle pas des vertiges, ce qui est regrettable, parce que nous eussions eu là un phénomène caractéristique ; et je m'étonne que la malade ne l'ait pas présenté, parce qu'il est très fréquent dans l'hystérie et dans l'épilepsie. C'est bien rare que l'hystérique n'ait pas le vertige oscillatoire où tous les objets dansent, comme il est rare que l'épileptique n'ait pas, en dehors des grandes attaques, de petites atteintes du vertige ténébreux ou rotatoire qui est aussi un caractère de cette maladie ; de même que le vertige d'équilibre se montre chez les hémorrhoïdaires et après la valse ou le jeu d'escarpolettes : comme le vertige de l'espace ou du vide se montre chez les mélancoliques et les névropathi-

ques ; comme le vertige avec projection précède parfois les attaques cérébrales.

Je n'insiste pas, mon intention étant seulement de rappeler cette si intéressante question du vertige.

D'un autre côté, il n'est nullement parlé chez la malade d'évacuations involontaires comme dans l'épilepsie, ni de l'état d'idiotie qui suit l'attaque, ni de la vultuosité sombre et foncée du visage si différente de la vultuosité éclatante des hystériques, ni des taches permanentes qui suivent l'attaque épileptique.

Plus j'envisage le cas qui nous est présenté, moins je puis croire à des attaques épileptiques, plus je suis disposé à voir là de l'hystérie. Dans le début de l'attaque, dans la forme des convulsions, dans l'état de la sensibilité, et jusque dans le retour de ces attaques, retour si irrégulier dans ce cas, et qui présente toujours un semblant de périodicité dans l'épilepsie, tout me fait penser à l'hystérie bien plus qu'à l'épilepsie.

Quant à penser qu'il aurait pu y avoir là des convulsions signes de tumeur cérébrale, M. Jousset lui-même pose à peine la question, tant il lui paraît bien qu'il n'y a là rien qui puisse y faire porter l'attention.

Mais, Messieurs, ce n'est pas pour une simple question de curiosité de diagnostic que je pose le débat dont je ne fais que vous esquisser les traits principaux. Il y a une question de traitement qui a, je crois, son importance. En effet, il me semble que le *calcar. carb.*, si bien indiqué, quoique dangereux

dans l'épilepsie, est bien moins indiqué dans l'hystérie, tandis que le *causticum* qui d'ailleurs paraît avoir été utile à la malade convient mieux dans l'hystérie.

J'ai eu beaucoup à me louer du *calcarea* dans l'épilepsie. C'est pour moi le premier et le plus important médicament dans cette maladie ; le *cuprum* ne vient qu'en seconde ligne, me semble-t-il. Mais le calcarea à qui j'ai dû plusieurs beaux succès, est parfois dangereux : quand il ne fait que reculer les attaques épileptiques, elles reviennent plus fortes et peuvent tuer le malade. J'ai vu ainsi un homme dans le milieu de la vie, chez qui les attaques venaient tous les jours, et ne revinrent enfin qu'une fois la semaine, puis une fois par mois, puis à de longs intervalles. Je le croyais guéri : il y avait près de deux ans qu'il n'avait eu d'attaque, lorsqu'il fut repris subitement pour mourir en quelques instants ; l'attaque reculée revint avec une intensité mortelle.

Eh bien, ce médicament qui m'a paru si franc d'action dans plusieurs cas d'épilepsie, m'a peu réussi dans des convulsions hystériques, où je préfère *causticum*, et aussi, je devrais dire surtout *hyosciamus* qui est un des principaux médicaments de l'hystérie en raison de son action si puissante sur la sensibilité, sur les mouvements de spasmes, et sur l'état moral, comme la *belladona* et la *pulsatilla*.

Je m'arrête là, ne voulant pas abuser de votre attention, et remerciant M. Jousset de ses intéressantes cliniques.

~~M. J. Tessier.~~ — M. le docteur Frédault

vient de nous dire, que pour lui, le cas d'*épilepsie Jacksonnienne* cité dans la clinique du docteur Jousset ne lui paraissait pas très démontré.

J'ai eu à traiter dernièrement un malade qui m'a présenté tous les caractères de cette affection : mon diagnostic a du reste été confirmé par mon excellent confrère le docteur Jousset. Voici l'observation succincte :

M. L... est âgé de 78 ans. La santé a toujours été bonne. Depuis deux ou trois ans ses forces s'amoindrissent : l'inappétence est presque constante : la céphalalgie est fréquente : il n'apporte presque plus aucun goût à son travail qui, il est vrai, exige énormément d'attention : il est émailleur sur bijoux : continuellement il lui faut être dans la station debout devant un fourneau chauffé à haute température.

Je le soignais pour ces malaises depuis un an sans obtenir de résultats bien satisfaisants.

En juin 1886, il s'alite, il est à bout de forces : l'appétit, qui était un peu revenu, est conservé.

Je prescris arsenic 3e comme reconstituant.

Le 15 juin, on m'envoie chercher en toute hâte. Je trouve le malade dans le décubitus dorsal ; ses traits sont contractés ; le membre inférieur et le membre supérieur du côté droit sont pris de mouvements saccadés. — La connaissance est entièrement conservée : il n'y a pas eu de cri initial ; le malade n'est ni anesthésique ni analgésique. Ces convulsions n'étant, pour moi, symptomatiques d'aucune lésion ancienne ou récente, je le traitai comme choréique et lui donnai ignatia T. M.

Le lendemain, je revois le malade : les mouvements que j'ai signalés ont pris une intensité nouvelle.

Le 17, même état.

Le 18 et le 19, le côté gauche est légèrement pris ; mais les mouvements n'ont rien de comparable avec ceux du côté droit ; toute la sensibilité est conservée du côté gauche.

Le 20, même état. Aucun trouble des yeux. La température est plus élevée du côté malade que de l'autre. Je porte le diagnostic *d'épilepsie Jacksonnienne.*

Je demande une consultation avec le docteur Jousset qui confirme mon diagnostic.

Le traitement institué fut le causticum 12e. Au bout d'un mois, le malade fut entièrement guéri.

— Je n'avais évidemment pas affaire à un hystérique : aussi je n'insisterai pas sur cette question.

Avais-je affaire à une tumeur cérébrale? Celles-ci, en effet, s'accompagnent souvent de convulsions épileptiformes. — Mais mon malade n'avait ni vomissements, ni paralysie.

Etait-ce une hémorrhagie cérébrale ? Evidemment non, la connaissance est toujours demeurée intacte.

Enfin, j'aurais pu croire à des accidents syphilitiques tardifs, mais je ne dus pas m'arrêter à cette idée devant les dénégations formelles de mon client.

M. Rochet. — A propos du malade dont le docteur Frédault vient de parler, je citerai le cas d'un

malade pour lequel je fus consulté il y a quelque temps.

Ce malade présentait des convulsions d'un seul côté du corps, la sensibilité était conservée ainsi que la connaissance. Je prescrivis d'abord *belladone* et *ignatia*.

M. Jousset que j'appelai en consultation, diagnostiqua une épilepsie jacksonnienne. *Causticum* fut prescrit et donna promptement de bons résultats. Ce même malade eut ensuite des hématuries très abondantes qui furent arrêtées par l'hamamelis.

La séance est levée.

CLINIQUE DE L'HOPITAL S^T^-JACQUES

(JUIN, JUILLET, AOUT 1886)

(Service de M. TESSIER)

—

Observation V.

Phthisie pulmonaire.

M. Gastens, 45 ans, garçon de magasin. — Entré le 8 juin. Sorti le 17 juin. Pas d'antécédents héréditaires ; père mort à 74 ans. Bonne santé habituelle.

Il y a 7 mois, vers la fin de novembre 1885, il a ressenti une vive douleur des deux côtés de la poitrine, à la suite d'une averse. Il a pu reprendre son travail au bout de trois ou quatre jours ; mais il a toussé depuis cette époque. Il n'a jamais craché le

sang et quoique l'appétit fût conservé il a beaucoup maigri. Depuis un mois, sueurs nocturnes et vomissements le matin après une quinte de toux.

Matité en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses ; respiration soufflante aux deux sommets, surtout à gauche, quelques craquements.

En avant, matité au sommet gauche, craquements légers ; à droite, submatité, un peu d'induration, respiration soufflante sans râles : rien au cœur.

Expectoration assez abondante, crachats purulents mêlés à des crachats de bronchite.

Sulfur 6e jusqu'au 14 juin, plus de sueurs nocturnes.

14 juin.— Métallum 4e.

15 juin.— Le remède a causé un peu de coliques et de diarrhée. On le suspend.

16 juin. — La diarrhée a cessé et le malade sort le 17 juin avec une amélioration sensible.

Réflexions. — Il est inutile de faire observer qu'il s'agit simplement d'une amélioration momentanée. Pourtant, même dans ces cas incurables, l'action de nos remèdes est encore bienfaisante et rapide. Dans l'espèce, *sulfur* 6e a agi mieux encore et plus vite que les révulsifs et les calmants ordinairement employés par les médecins allopathes.

Observation VI.

Eczéma des mains.

M. Z., 26 ans. — Entré le 4 juillet. Sorti le 13 juillet. Ce malade est un employé de chemin de fer, oc-

cupé au nettoyage des wagons. Il y a 4 mois, il a travaillé au déchargement de wagons qui portaient des boues et des immondices venant du balayage des rues de Paris.

Peu de temps après, il a vu ses mains se couvrir de crevasses et de plaques squameuses. Il est entré à l'hôpital Saint-Louis où il a été traité par des cataplasmes et des bains d'amidon. Il en est sorti à peu près guéri. Mais il y a une quinzaine de jours l'eczéma a reparu.

A son entrée, les poignets et la face dorsale des mains sont recouverts de larges squames reposant sur un fond rouge et, dans l'intervalle, on voit de petites vésicules remplies d'un liquide louche.

5 juillet. — Rhus vernix 6e à l'intérieur et application de compresses trempées dans la solution : Rhus vernix T. M. deux gouttes pour deux cents grammes d'eau ; ces applications ne devaient durer que dix minutes.

Le malade est sorti le 13 juillet, non entièrement guéri, mais considérablement amélioré. Quelques jours après, il revint à la consultation externe, faire constater son entière guérison.

Réflexions. — La guérison de cet eczéma de la face dorsale des mains a été obtenue en quelques jours. Beaucoup de médicaments ont été indiqués en pareil cas et ont donné des résultats satisfaisants. Les plus usités sont *clematis*, *graphytes*, *petroleum*, *rhus tox.*, *sulfur*. Depuis le remarquable mémoire de M. Cretin sur l'action des *rhus vernix* dans l'ec-

zéma aigu ou chronique, j'ai eu souvent l'occasion d'en fair usage; mais j'ai eu surtout à m'en louer, depuis que j'ai joint les applications externes du médicament à son administration intérieure, d'après la pratique de mon ami, le Dr Marc Jousset, qui a aussi obtenu d'excellents effets avec cette manière d'agir.

Observation VII.

Commotion cérébrale.

M. X.., 18 ans, laitier-nourrisseur. — Entré le 16 juillet. Sorti le 29 juillet. Habituellement bien portant ; dans l'enfance, manifestations scrofuleuses, adénite cervicale suppurée. Il porte encore quelques ganglions engorgés vers l'angle de la mâchoire.

Oncle devenu fou à la suite d'une méningite; sœur morte de méningite.

Le 14 juillet, il sortait de chez lui en courant, lorsqu'il fit une chute ; sa tête heurta l'angle du trottoir et il perdit connaissance. Après un temps qu'il n'a pu déterminer, il est rentré seul chez lui en titubant un peu. Il n'a pas eu d'épistaxis, pas de sang non plus qui se soit écoulé par l'oreille.

Vomissements répétés pendant la nuit et violent mal de tête. Le lendemain, 15 juillet, il n'a vomi qu'une seule fois et il a dû rester couché toute la journée ; nuit sans sommeil.

A son entrée, le 16 juillet, la face est pâle, les yeux sont fermés et très sensibles à la lumière, le pouls d'une lenteur excessive, à peine 40 pulsations

par minute, et la température ne s'élève le soir qu'à 37.3. Les réponses sont assez nettes quoique faites avec indifférence. Céphalalgie frontale vive siégeant surtout à la partie profonde des yeux.

Pas de traces de contusion sur le cuir chevelu; cependant, il paraît y avoir un léger œdème dans la fosse temporale du côté droit, et il existe un point très douloureux à la pression vers la partie supérieure de la suture temporale, un peu en avant vers le frontal. Bellad. 3e.

Insomnie et quelques gémissements. Diarrhée légère.

17 juillet.— T. M. 37; T. S. 37.2. Pouls 46. Même état, photophobie, prostration, abolition du réflexe rotulien, hyperesthésie légère. Pas de sensation d'engourdissement ou de fourmillements dans les membres; la force musculaire des bras (pression de la main) ne paraît pas diminuée. Trois selles en diarrhée.

Gelsemium 3e.

18 juillet.— T. M. 37. T. S. 37.2, même état. Gelsemium 3e.

19 juillet.— T. M. 37; T. S. 37.3. Pouls 54. Bellad. 6e. Prostration, photophobie, pas de constipation (deux selles).

20 juillet.— T. M. 36.8. T. S. 37. Pouls 46. Bellad. 6e. Kali hydriod. 0,25. Même état.

21 et 22 juillet. — T. M. 36.8; T. S. 37.2. Pouls 54. Même traitement. La prostration persiste et il est très difficile de faire prendre les potions. La dou-

leur à la pression de la fosse temporale est un peu moins vive.

23 juillet. — Pouls 56. Bellad. 6e. Kali hydriod. 0,50. Le malade se trouve beaucoup mieux, il dit qu'il a bien dormi. Même traitement.

24 juillet. — Pouls 60; ne souffre plus ; a bien dormi, plus de photophobie.

25 juillet. — Amélioration notable ; le malade s'est levé et est resté une heure debout sans être fatigué. Le mieux s'accentue de plus en plus et le malade sort le 29 juillet tout à fait guéri.

Réflexions. — Ce malade me paraît avoir eu le premier degré de la contusion de l'encéphale, auquel on donne le nom de commotion cérébrale. A part la douleur vive de la région frontale et orbitaire et l'hyperesthésie au lieu de l'insensibilité, ordinairement observée, le malade présentait bien la diffusion des symptômes attribués à la commotion cérébrale : résolution musculaire, lenteur du pouls, pâleur de la face, paresse de l'intelligence. Dans le second degré, on observe des symptômes à localisation spéciale, des contractures ou des paralysies qui font place, au bout de quelques jours, à l'envahissement des phénomènes inflammatoires se traduisant par la méningo-encéphalite traumatique. Le traitement, du reste, a peut-être empêché cette complication redoutable ; dans tous les cas, il nous a paru avoir une action favorable, sans qu'il soit pourtant possible d'en faire saisir les effets d'une manière indiscutable.

Observation VIII.

Néphrite interstitielle.

M. X., 38 ans, peintre.— Entré le 23 juillet, mort le 28 juillet 1886, coliques de plomb il y a 20 ans. Bien portant jusqu'à l'année dernière. A cette époque, il a commencé à se sentir un peu plus faible ; urines parfois très abondantes ; il était obligé de se lever plusieurs fois pendant la nuit pour uriner. Ses forces diminuaient toujours de plus en plus et depuis deux mois il lui est impossible de travailler. Les jambes ont alors commencé à enfler et il était essoufflé au moindre effort (on a trouvé de l'albumine dans l'urine).

A son entrée le 23 juillet, on trouve un œdème considérable des jambes ; l'urine est rare et contient des traces d'albumine.

Les gencives ont une teinte sombre ; mais il n'y a pas le liseré caractéristique, tremblement des mains et grande faiblesse des extenseurs, artères dures et roulant sous le doigt.

Le malade est obligé de rester assis sur son lit ; sitôt qu'il veut se coucher un peu, il est pris d'accès d'étouffement.

Râles sibilants nombreux dans toute la poitrine. Au cœur : bruit de galop à la base. Metallum 3e.

24 juillet. — Accès d'étouffement pendant la nuit (on a mis un sinapisme) ; même état ; dyspnée excessive, urines très rares (on ne donne pas de digitale parce qu'il en est saturé). Sambucus 3e, metallum 3e, régime lacté.

25 juillet. — Accès d'étouffement dans la journée (ventouses). Urines rares, limpides, ne contenant pas d'albumine. Sambucus 3°, metallum 3°.

26 juillet. — Même état, insomnie ; dyspnée. Plumbum 12°.

27 juillet. — Nouvel accès de dyspnée vers midi. Plumbum 12°.

28 juillet. — Le malade dit se trouver un peu mieux ; à 2 heures grande faiblesse, sueurs profuses ; mort à 4 heures du soir.

Réflexions. — Ce malade a présenté tous les signes d'une néphrite interstitielle, et chez lui, il est difficile de ne pas admettre comme étiologie le saturnisme. Les mémoires d'Ollivier, de Charcot et Gombault, de Lancereaux ont solidement établi ce fait, et maintenant, on admet généralement que les trois grandes causes de la néphrite interstitielle, dont le dernier terme est le petit rein rouge, dur et contracté, sont la vieillesse, la goutte et le saturnisme. Je crois, en effet avec Semmola, professeur à l'université de Naples, que la maladie de Bright, qu'elle soit parenchymateuse ou interstitielle, est une maladie générale, cachectique, ne se rattachant pas à une altération primitive des reins, mais, au contraire, à une altération dyscrasique des solides et des liquides de l'économie ; en particulier à une altération des albuminoïdes du sang.

L'altération chimico-moléculaire des albuminoïdes qui est indéfinissable, chimiquement parlant, donne à ces albuminoïdes, une diffusibilité pathologique

elle les rend inassimilables, et ne pouvant être ni assimilés ni brûlés, ils sont éliminés comme une matière excrémentielle étrangère à l'organisme (1).

Je n'ai pu faire l'autopsie à laquelle la famille s'est absolument opposée; malgré cela, je ne crois pas que le diagnostic puisse être discuté.

Observation IX.

Cancer de l'estomac.

M. X., 43 ans, matelassier. — Entré le 11 mai, mort le 16 août. Depuis 10 mois, crampes d'estomac tous les jours après les repas ; vomissements d'abord rares et enfin presque quotidiens.

A son entrée, il vomissait tout ce qu'il prenait depuis 15 jours. Cachexie profonde, teint jaune paille. On sent au niveau du pylore et sur la face antérieure de l'estomac plusieurs noyaux très durs.

11 mai. — Vomissements noirâtres, très abondants. Kali hydriod. 3e.

19 mai, nux vom. 6e, graphites 6e. — 21, graphites 6e. — 22, kali carb. 12e; — 24, phosphorus, 12e. — 25, ignatia 30e. — 29, kreosotum 6e. Les vomissements se produisent tous les jours d'autant plus abondants qu'ils ont été plus retardés, mêmes caractères marc de café, suie délayée. Constipation, on pourrait dire absolue ; lorsque le malade prend un lavement, il ne rend que ce qu'il a pris.

(1) Voyez Dieulafoy, Pathologie interne. — Piedvache, Des Cirrhoses, in *Art Médical*.

1er juin. — Kreosotum 3e ; vomissements abondants (couleur brunâtre).

3 juin. — Kreosotum 3e ; pas de vomissements jusqu'au 7 juin, où il se produit à plusieurs reprises des vomissements abondants.

8 juin. — Quassine 3e tr., 25 c. ; pas de vomissements.

10 juin. — Pas de médicament ; vomissements dans la nuit.

12 juin, kreosotum 3e. — 14, kreosotum 3e. Vomissements nombreux à pleine cuvette, mêmes caractères.

15 juin. — Kreosotum 3e ; a vomi une seule fois.

16 juin. — Conium 1re. Vomissements abondants tous les jours jusqu'au 22 juin ; constipation opiniâtre ou plutôt absence de selles.

22 juin. — Conium 1re ; pointes de feu au creux épigastrique. Pas de vomissement jusqu'au 30 où le malade vomit abondamment pendant la nuit.

1er juillet. — Conium 1re. Pas de vomissement. Pas de selles.

4 juillet. — Conium 1re. Vomissements abondants.

7 juillet. — Natrum muriat. 12e. Pas de vomissement.

8 juillet. — Natrum muriat. 12e. Vomissements abondants.

10 juillet. — Natrum muriat. 12e. Le malade se plaint de ce que les aliments sont trop salés et que cela l'empêche de manger.

14 juillet. — Le malade est allé à la selle sans lavement. Pas de vomissement.

20 juillet. — Natrum 31e. Le malade va mieux à la selle, quelquefois sans lavement. Plus de vomissements.

24 juillet. — Pulsatilla 12e, à cause du dégoût pour la viande.

29 juillet. — Hyosciamus 3e. Vertiges et hallucinations.

1er août. — Bellad. 1re. Le malade est plus faible et est pris de diarrhée assez abondante.

3 août, china 12e.— 5 août, china 3e.— 7 août, veratrum 1re. La diarrhée persiste et le malade s'affaiblit de plus en plus.

9 août. — Veratrum teinture-mère, 11 gouttes. Les pieds et les mains sont légèrement œdématiés.

12 août. — La diarrhée a un peu diminué ; vertiges, hallucinations, faiblesse extrême. Thebaïcum teinture mère, 10 gouttes.

14 août. — Ferrum 6e ; la faiblesse a encore augmenté, mais le malade ne souffre pas.

16 août. — Sentiment de bien-être ; le malade mange avec plaisir. Mort sans agonie à 7 heures du soir.

Réflexions. — Cet homme, atteint d'un cancer de l'estomac, ne pouvait obtenir de n'importe quelle médication, autre chose qu'un seulagement momentané de ses souffrances et des divers symptômes de sa maladie. Je ne crois pas que les narcotiques ni les révulsifs de l'école eussent pu faire ce que nous avons obtenu avec les remèdes homœopathiques. Les vomissements étaient soulagés et souvent arrêtés

avec *conium* et *kreosot*. La constipation opiniâtre, qui lui était très pénible, a cédé comme par enchantement à *natrum muriaticum* 12e, qui a produit un effet pathogénétique des plus curieux, la sensation que les aliments étaient trop salés, et cela au point de l'empêcher de manger. Enfin, la *pulsatilla* lui a ôté le dégoût qu'il éprouvait pour la viande. Bref, tout médicament administré à ce malade produisait l'effet qu'on en attendait et supprimait le symptôme qu'on voulait combattre. Que peut-on demander de plus en attendant qu'on découvre la manière de guérir les cancers ?

Observation X.

Pleurésie.

M. X., 32 ans, mécanicien. — Entré le 9 août. Le début de la maladie remonte au 10 mai : frissons, point de côté, fatigue ; cependant, cet homme a continué de travailler pour nourrir ses enfants. Ce n'est qu'au mois de juillet qu'il est entré à Necker, se trouvant épuisé et à bout de forces.

Une première thoracentèse a été faite le 8 et n'a amené qu'une faible quantité de liquide On pratiqua une seconde ponction le 15 juillet, qui donna deux litres et demi de liquide ; 3e ponction le 22 juillet, qui donna encore deux litres. Fatigué de ce traitement, qui consistait uniquement en ponctions répétées, le malade sortit de Necker le 6 août, et il entra à Saint-Jacques trois jours après avec de la fièvre : T. S. 38.6 et un point de côté à droite. Matité dans les deux

tiers inférieurs du poumon droit. Egophonie, souffle doux vers l'angle de l'omoplate, vibrations abolies à la base. Bryone 10 gouttes.

10 août. — T. M. 37 ; T. S. 37.8. Bryone 1re décimale, 10 gouttes.

11 août. T. M. 37; T. S. 37,5.— 12 août. T. M. 37.3; T. S. 38. Le point de côté a diminué. Mêmes signes à l'auscultation ; le malade se trouve un peu mieux. Constipation.

13 août. T. M. 37,2 ; T. S. 37,4. — 14 août. T. M. 37,5; T.S. 38. L'égophonie ne s'entend plus que pendant les premières syllabes lorsqu'on fait parler le malade.

15 août. T. M. 37.5 ; T. S. 38. — 16 août. T. M. 37.4 ; T. S. 37.8. Le malade dort bien, ne tousse pas, et demande à manger. Il se lève une partie de la journée.

19 août. — T. M. 37.4 ; T. S. 37.5. La respiration s'entend partout. Submatité.

21 août.— T. M. 37 ; T. S. 37.2. Le malade va de mieux en mieux et demande sa sortie.

Réflexions. — Il est inutile d'insister sur ce fait. Un malade atteint de pleurésie reste six semaines dans un hôpital sans voir son état s'améliorer. On lui fait trois ponctions qui n'empêchent pas le liquide de se reproduire et ne diminuent pas sa fièvre. En douze jours, le traitement homœopathique supprime l'épanchement et la fièvre. Il faut être de bien mauvaise foi ou bien aveuglé par les préjugés de l'Ecole pour ne pas être convaincu par de pareils exemples.

Observation XI.

Kyste hydatique du foie.

Mlle Gueissinger, 27 ans. — Entrée le 11 juin, sortie le 28 juillet, 86. Arrivée d'Allemagne depuis trois semaines ; il y a 15 jours qu'elle se sent fatiguée, les digestions sont pénibles et l'appétit est diminué.

Le 5 juin, elle a été prise de crampes d'estomac excessivement violentes, suivies de vomissements alimentaires et bilieux.

Le 6 juin, les douleurs ont continué, ainsi que les vomissements.

Le 7 juin il y a eu des frissons assez prolongés, vomissements, coliques et selles noirâtres. Pas de céphalalgie, pas d'épistaxis.

A son entrée, la température s'élève le soir à 39.5. La malade est dans le décubitus dorsal et dans un état de prostration considérable ; le pouls est petit et dépressible ; la langue recouverte d'un enduit jaunâtre très épais ; les yeux présentent une teinte sub-ictérique. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de taches sur le ventre. Douleur très vive à la pression un peu à droite de l'appendice xyphoïde au niveau du bord droit du foie. Légère voussure au creux épigastrique.

En insistant sur les antécédents de cette malade, elle finit par avouer qu'elle ne *digérait pas le beurre et les matières grasses*, et que dès l'âge de 10 ou 12 ans on remarquait une voussure manifeste au niveau du foie. Pas de frémissement hydatique.

12 juin. — Lachesis 3e tr., 0,10 c. ; sulfate quinine, 0,75 c. Prostration et douleur vive à l'estomac.

13 juin. — Lachesis 3e tr., 0,10 c.

15 juin. — Lachesis 3e tr., 0,10 c. ; sulfate quinine, 0,75 c. Les douleurs sont calmées.

16 juin. — Coliques légères et selle contenant une dizaine de vésicules hydatiques de la grosseur d'un petit grain de raisin. Deux ou trois de ces vésicules sont intactes et renferment d'autres vésicules grosses comme un grain de chénevis.

17 juin. — Expulsion d'un lambeau de membrane transparente et large de 0,04 centimètres. Epistaxis dans la soirée.

18 juin. — La malade se plaint d'un point de côté à gauche ; l'auscultation révèle de légers râles sous-crépitants à la base. On continue lachesis 3e tr., 0,10 c.

19 juin. — Le point de côté persiste, râles sous-crépitants assez nombreux à la base du poumon gauche. — Lachesis 3e tr.

21 juin. — Selle glaireuse ; le point de côté a disparu. La malade se trouve beaucoup mieux ; il n'y a plus de prostration, mais la sensibilité au niveau du bord droit du foie persiste toujours. — China 1re.

24 juin. — Les selles contiennent de larges lambeaux de membrane transparente et quelques vésicules hydatiques de la grosseur d'un grain de raisin ordinaire. — China 1re.

26 juin. — La malade se trouve beaucoup mieux ; elle demande à manger.

Le sommeil est revenu. La douleur au creux épi-

gastrique et un peu à droite persiste, mais moins vive. — Iodium 1re, V gouttes.

28 juin. — Iodium 1re, X gouttes. Le mieux continue, la malade reste levée une partie de la journée.

1er juillet. — Iodium 1re, X gouttes. Expulsion de quelques hydatides, coliques légères.

7 juillet. — China 3e. Plus de douleur, mais sensibilité à la pression au niveau du foie. La malade a bon appétit et reste debout toute la journée, descend au jardin, va se promener, etc.

10 juillet. — La matinée s'est bien passée; mais vers 2 heures du soir, la malade est prise de violentes douleurs dans la région épigastrique. Grande anxiété, prostration, pouls petit, filiforme, refroidissement des extrémités.

11 juillet. — China 3e. Coliques sourdes : plusieurs selles contenant de nombreuses vésicules hydatiques (au moins 70 ou 80 ; on a pu en recueillir une cinquantaine).

13 juillet. — China 3e. La malade est encore fatiguée, mais se trouve beaucoup mieux.

19 juillet. — China 3e. Nouvelle évacuation d'hydatides, nombreuses vésicules et larges lambeaux de membrane.

20 juillet. — China 3e. Les selles contiennent toujours des vésicules hydatiques ; mais ces vésicules ne sont plus transparentes ; elles sont opaques et de couleur jaunâtre.

22 juillet. — China 3e. On fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, on ne ramène que quelques gouttes de pus et de sang. Le soir, il

y a une voussure manifeste à la région épigastrique.

23 juillet. — China 3e. Douleur vive au creux de l'estomac et gonflement plus marqué que la veille.

24 juillet. — China 3e. Le gonflement a considérablement augmenté.

Douleurs continuelles.

25 juillet. — La malade a souffert toute la nuit. Le gonflement est assez considérable. China 3e.

27 juillet.— La malade ne voulant pas se décider à une opération demande à sortir.

28 juillet.— Départ pour l'Allemagne, malgré l'état assez grave dans lequel elle se trouve.

Réflexions. — Ce cas était fort difficile à diagnostiquer lors de l'entrée de la malade, qui était dans un état de prostration très grande, et, de plus, ne savait pas le français.

On pouvait hésiter entre le début d'un ictère grave ou bien d'un abcès du foie ou enfin l'inflammation d'un kyste hydatique, ce à quoi nous nous étions arrêtés et qui du reste fut confirmé quelques jours après par l'expulsion de vésicules et lambeaux de poche. La malade n'éprouvait pas de douleur dans l'épaule droite, n'avait jamais eu d'urticaire, ni de pleurésie à droite, phénomènes qu'on observe dans le développement des kystes hydatiques du foie comme signes *avant-coureurs*. Par contre, elle présentait un symptôme assez caractéristique : c'est le dégoût pour le beurre et les matières grasses. C'est ce qui me détermina à porter le diagnostic de kyste hydatique du foie. Dieulafoy insiste avec raison sur ce

symptôme, qui, bien entendu, peut manquer, mais qui pourra faciliter la connaissance du mal chez les malades qui le présenteront.

Je voulais opérer cette malade lorsque les phénomènes de périhépatite furent calmés, que nous nous fûmes assurés que le kyste suppurait, et que son orifice de communication avec l'intestin était insuffisant pour obtenir la guérison naturelle. La malade préféra retourner en Allemagne où j'ai su qu'elle avait été opérée avec succès, par le procédé de Récamier. Aujourd'hui 10 novembre 1886, j'apprends qu'elle va tout à fait bien, après une convalescence longue et mouvementée.

Observation XII.

Coliques Hépatiques.

Mme B., 44 ans. — Entrée le 10 juillet. Sortie le 24 juillet.

Il y a 4 ans elle a eu une première crise de coliques hépatiques avec ictère, amaigrissement, inappétence, le tout pendant plusieurs semaines. Depuis cette époque, elle en a eu de nouvelles à peu près tous les deux ou trois mois, jusqu'à l'année dernière. Depuis un an elle se sentait mieux, n'avait plus éprouvé que quelques petites douleurs lorsque le mois dernier elle fut prise de nouveau et très violemment.

Elle se trouvait dans la Saintonge, et cette crise persistant malgré tous les soins, elle se décida à revenir à Paris. A son retour le 5 juillet, elle a eu une nouvelle attaque encore plus violente qui dura

près de 36 heures. Depuis elle est toujours très souffrante, très faible ; il lui semble qu'elle est sous le coup d'une crise nouvelle ; aussi elle se décide à entrer à l'hôpital le 10 juillet.

A son entrée, elle présente le facies hépatique caractérisé, les yeux très jaunes et une teinte ictérique générale assez prononcée. Urines rares et rouges, selles décolorées. Douleur assez vive à la pression au niveau de la vésicule biliaire.

11 juillet. — Chelidonium majus 1re dil. On continue ce médicament pendant plusieurs jours ; la teinte ictérique s'efface chaque jour un peu. Pas de nouvelle crise.

16 juillet. — Chelidonium 1re et nux vom. 1re, à cause d'un malaise et douleur à l'estomac depuis la veille.

22 juillet.— L'appétit revient, l'estomac n'est plus douloureux, mais beaucoup de météorisme intestinal. Taraxacum T. M., 4 goutes.

La malade sort le 24 se trouvant très bien.

Réflexions. — Cas banal, comme nous en observons tous les jours. Traitement classique.

Observation XIII.

Fièvre typhoïde.

M. Reigner, 20 ans, garçon d'hôtel. Entré le 19 mai. Sorti le 7 août. Originaire de la Savoie, habite Paris depuis 18 mois : santé habituelle bonne. Après plusieurs jours de travail excessif, il a été obligé de garder le lit depuis le 11 mai. Il avait de la céphalalgie

frontale, des épistaxis, quelques coliques avec un peu de diarrhée et de l'insomnie ; de plus, un peu d'angine.

8e jour. — A son entrée le 19 mai T. S. 39. 8. Stupeur, prostration, décubitus dorsal ; le ventre est ballonné et on y remarque quelques taches rosées, mais peu nettes encore ; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Ce malade présente un phénomène assez curieux ; la langue est d'un rouge vif absolument lisse et entièrement dépouillée de son épithélium. La gorge est légèrement rouge et les amygdales sont tuméfiées. Bellad 3e.

20 mai. — T. M. 39.2 ; T. S. 39.5 Diarrhée assez abondante, subdelirium la nuit ; le malade se plaint de sa gorge.

21 mai. — T. M. 39.2 ; T. S. 39.6. Même état, taches lenticulaires assez nombreuses, s'effaçant par la pression; diarrhée (5 selles). Aconit 3e dil.

22 mai. — T. M. 38 ; T. S. 40. Toux sèche occasionnée par un sentiment de gêne dans le larynx. A l'auscultation, on ne trouve que quelques râles de bronchite disséminés.

23 mai. — T. M. 38.7 ; T. S. 39.4. Même état, prostration, délire la nuit, diarrhée abondante, douleur vive au larynx. Metallum 3e.

24 mai. — T. M. 39 ; T. S. 40. Toux très forte, quelques râles de bronchite.

25 mai. — T. M. 39.2 ; T. S. 39.5. Métallum 3e, china 3e.

26 mai. T. M. 39.3; T. S. 39.8. — 27 mai. T. M. 39; T. S. 39.8. — 28 mai. T. M. 39; T. S. 39.3. — La diarrhée

diminue un peu. Langue toujours très douloureuse, le timbre de la voix est profondément altéré et laisse à supposer qu'il y a des ulcérations au larynx.

29 mai. T. M. 38.8 ; T. S. 39.5. — 30 mai. T. M. 39 ; T. S. 40. — 31 mai. T. M. 39.4 ; T. S. 39. — Muriatis acid. 3e. Diarrhée abondante, grande prostration, subdelirium la nuit, toux très forte.

1er juin. — T. M. 38.8 ; T. S. 38.8. Râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine. Léger bruit de souffle au cœur au 1er temps, à la base. Bryone 6e.

2 juin. — T. M. 38.6 ; T. S. 39.3. Somnolence continuelle. Bryone 6e; muriat. acid. 3e.

3 juin. — T. M. 39; T. S. 39.3. Pouls 84. Le malade souffre beaucoup du larynx.

4 juin. — T. M. 38.8; T. S. 39. La diarrhée a un peu diminué hier. Rhus toxicod. 3e.

5 juin. — T. M. 38.4 ; T. S. 39.4. Pouls 92. Grande prostration. Ce malade fait sous lui sans s'en apercevoir. Rhus tox. 3e; muria. acid. 3e.

6 juin. — T. M. 39.2; T. S. 39.5. Pouls 92. Même état, même traitement.

7 juin. — T. M. 39.5 ; T. S. 40. Pouls 96. Le malade n'a pas fait sous lui. Voix profondément altérée, presque éteinte. Phosph. 6e.

8 juin. T. M. 39.6 ; T. S. 39.8. Pouls 92. Epistaxis le matin, moins de diarrhée. — 9 juin. T. M. 39 ; T. S. 39°6. Pouls 96. — 10 juin. T. M. 38°5 ; T. S. 38°8. Pouls 96. Toux violente. Somnolence continuelle. Prostration profonde, larynx douloureux.

11 juin. — T. M. 39°5 ; T. S. 39°6. Pouls 96. Toux

très fatigante. Râles humides, sous-crépitants disséminés à droite. Sulfur 6e.

12 juin. — T. M. 39.2 ; T. S. 39.6. Sueurs profuses, la nuit : dyspnée assez prononcée. A l'auscultation on trouve des râles muqueux dans toute la poitrine ; et du côté droit un noyau de pneumonie lobulaire. Bryone 6e, arsenic 6e.

13 juin. T. M. 38°2 ; T. S. 38°5. Pouls 102. — 14 juin. T. 38°2 ; T. S. 37°5. Pouls 102. — 15 juin. T. M. 39°3 ; T. S. 37°5. Pouls 96. — La diarrhée a beaucoup diminué (une ou deux selles par jour). L'état du larynx inspire de l'inquiétude. Déglutition difficile et respiration très pénible.

16 juin. — T. M. 39 ; T. S. 37.4. Pouls 96. — Bryone 6e, arsenic 6e et sulfate quin. 0,75 c. Vers midi délire (le malade se lève et veut s'en aller). Même état grave.

17 juin. — T. M. 37°8 ; T. S. 37. — Le malade est un peu plus calme. Carbo veget. 12e

18 juin. T. M. 37.8 ; T. S. 36.7. — 19 juin. T. M. 37 ; T. S. 37.5. — 20 juin. T. M. 36.6 ; T. S. 37. — La toux a cessé, on ne trouve plus rien à l'auscultation. Le malade se trouve mieux. La gorge est moins douloureuse.

21 juin. T. M. 36.6; T. S. 36.8. — 22 juin. T. M. 36.5 ; T. S. 37.3. — 23 juin. T. M. 36.8 ; T. S. 37. — 24 juin. T. M. 36.8 ; T. S. 38.6. — 25 juin. T. M. 38 ; T. S. 38.5. — 26 juin. T. M. 37.5 ; T. S. 39.3. — 27 juin (jour de visite). T. M. 38; T. S. 39.4, china 1re. — Le malade se trouve très bien, demande à manger, ne souffre que fort peu de la gorge. La diarrhée

a complètement cessé. Le soir, face rouge et animée ; température. 38.6. Diète, bouillon seulement. Diarrhée légère. Quelques coliques, céphalalgie, mais pas de prostration.

28 juin. — T. M. 39 ; T. S. 39.3. Baptisia. 1re Epistaxis le matin.

29 juin. T. M. 39 ; T. S. 39.2. Même état. Epistaxis (quelques gouttes). — 30 juin. T. M. 38.4; T. S. 39.6. Pouls : 96. — Nux vomica 6e à cause de l'épistaxis.

1er juillet. T. M. 38.5 ; T. S. 39.4. — 2 juillet. T. M. 38.5 ; T. S. 39.1. — 3 juillet. T. M. 37.4 ; T. S. 38.7. — 4 juillet. T. M. 37.6 ; T. S. 38.2. — 5 juillet. T. M. 37; T. S. 37.5. — 6 juillet. T. M. 36.5 ; T. S. 37.6. — 7 juillet. T. M. 36.6 ; T. S. 37.6. — 8 juillet. T. M. 36.7; T. S. 37.8.— Bryone 6e, arsenic 6e. La fièvre continue; cependant le malade se trouve assez bien ; pas de prostration, les réponses sont nettes, peu de diarrhée. Toux la nuit. Râles de bronchite disséminés. Le malade se trouve tout à fait bien, dit qu'il a faim, et parle déjà de se lever. La gorge va bien, cependant la voix est un peu altérée.

9 juillet. T. M. 36.7 ; T.S. 37.3. — 10 juillet. T. M. 36.8; T. S. 37.4. —11 juillet. T. M. 36.8; T.S. 37°2. — China teinture mère 11 gouttes. L'amélioration continue, le malade se lève un peu dans la journée. On cesse de prendre la température.

Le 21 juillet, on donne bryone 6e à cause d'un point de côté, qui disparaît au bout de deux jours.

Il n'y a à signaler pendant la convalescence que deux élévations de la température du soir (1er août T. S. 39. — 3 août T. S. 38.8), qui ont beaucoup

effrayé le malade. Le lendemain la température était normale.

Le malade sort guéri le 7 août.

Réflexions. — Cette fièvre typhoïde adynamique a présenté un phénomène qui n'est pas des plus communs, quoique cité dans tous les auteurs : je veux parler de la laryngite ulcéreuse qui nous a fait craindre une nécrose des cartilages et la possibilité d'être réduits à pratiquer la trachéotomie chez ce malade. L'examen au laryngoscope n'a pu se faire qu'à la période de réparation, car, durant toute la période d'état, le malade était dans un état de prostration tel, qu'il était impossible de songer à pratiquer cette investigation. Toutefois, il restait encore une ulcération, sur les replis aryténo-épiglottiques, qui heureusement n'avait pas été assez profonde pour causer la mortification des cartilages arytinoïdes. A plusieurs reprises, le malade avait eu des accès de dyspnée provenant d'œdème laryngé causé par l'infiltration de la muqueuse glottique, et l'hématose déjà si incomplète, dans la dothiénentérie de cette forme, se trouvait encore plus insuffisante par le fait de cet accident.

Observation XIV.

Phthisie.

Mme Vassart, 30 ans. Entrée le 14 juin. Sortie le 17 juillet.

Mère morte d'un cancer au sein, père, frères et

sœurs bien portants. Elle a toujours été d'une santé délicate, ses digestions étaient difficiles et elle avait souvent des vomissements.

A l'âge de 20 ans, elle a eu une bronchite qui a duré plus de trois mois, avec diarrhée rebelle. Elle s'est relevée ; mais elle a toujours toussé depuis cette époque.

A 25 ans elle a fait un séjour de deux mois à l'Hôtel-Dieu pour une nouvelle bronchite. N'a jamais craché de sang.

A 27 ans, elle est entrée à la Pitié pour une pleurésie du côté droit et enfin l'année dernière elle a encore été traitée à Beaujon pour une pleurésie.

L'hiver elle se porte assez bien, dit-elle ; mais elle est toujours malade au printemps.

A son entrée, le 14 juin, la température du soir n'est que de 36.8 et dans la suite la température ne s'est jamais élevée au-dessus de 37.6.

Matité aux deux sommets, submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit. La sonorité est conservée à la base du côté gauche.

Râles sibilants nombreux dans tout le poumon gauche avec quelques légers craquements au sommet.

Du côté droit, respiration soufflante dans les fosses sus et sous-épineuses ; en avant, sous la clavicule, souffle caverneux avec bruit de pot fêlé.

Expectoration abondante, mousseuse, avec quelques crachats muco-purulents. Pas de sueurs nocturnes.

14 juin. — On donne sulfur 6e dil. Au bout de

quelques jours, la malade tousse moins et dort mieux.

22 juin. — Suspension du traitement.

24 juin. — La malade dit qu'elle a toussé davantage depuis deux jours. Sulfur T. M. 11 gouttes.

26 juin. — Diminution de la toux, mais apparition d'une assez forte diarrhée.

27 juin. — La diarrhée persiste ; on supprime le médicament le 28 juin.

29 juin. — La malade a eu 4 selles, dans la nuit. Phosph. acid. 1re.

1er juillet. — La malade se plaint de violentes coliques et de douleur dans la fosse iliaque droite. La diarrhée a cesse. Prescription: Colocynthis 3e.

2 juillet. — Les douleurs, qui ont diminué, cessent tout à fait.

5 juillet.— Kali carbon. 12e. Ce médicament est continué jusqu'à la sortie de la malade, malgré une légère angine qui a duré 3 ou 4 jours. Il a été prescrit contre l'aménorrhée que présente la malade.

9 juillet. — La malade tousse beaucoup moins, mange assez bien et se lève toute la journée.

Elle sort le 17 juillet avec une amélioration notable, ayant eu ses règles le 11 juillet après une interruption de plusieurs mois.

Réflexions. — Les phthisiques de cette catégorie, je veux dire les phthisiques à forme apyrétique sont facilement curables, sinon d'une façon définitive, au moins pendant fort longtemps. Souvent chez eux il se produit une sorte de transformation morbide, et

tel malade qui pendant longtemps a présenté des symptômes non douteux de tuberculose pulmonaire, finit par devenir asthmatique, et de cette façon prolonge indéfiniment son existence. Je sais qu'en parlant ainsi, je heurte de front une idée assez généralement admise, d'après laquelle il y a antagonisme entre l'asthme et la tuberculose : pourtant, je n'avance qu'un fait qu'il ma été donné d'observer plusieurs fois, et je ne doute pas que cette remarque n'ait été faite aussi par d'autres confrères.

Dr TESSIER

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE.

Etablissement reconnu d'utilité publique.

Décret du 13 juillet 1878.

Ruelle Volontaire (Rue de Vaugirard, 227)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 13 FÉVRIER 1887

Le dimanche 13 février, à deux heures, de nombreux amis de l'homœopathie, bienfaiteurs de l'Hôpital Saint-Jacques, se trouvaient réunis pour la séance annuelle.

Le Dr P. Jousset, président de la commission administrative, a ouvert la séance par l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs.

Je dois d'abord vous remercier du précieux concours que vous continuez à notre œuvre.

L'hôpital Saint-Jacques, vous le savez, n'est point un établissement d'État grassement doté et jouissant de gros revenus ; ses administrateurs ont surtout à s'ingénier pour établir le budget des recettes et pour remplir la caisse si souvent vide. Dû à l'initiative privée, soutenu par votre charité, l'hôpital Saint-Jacques est un hôpital libre. Mais si la liberté est un honneur, si elle a ses avantages, elle a aussi ses

amertumes ; témoin la fable du *Chien et du Loup*. Nous ne portons, il est vrai, la trace d'aucun collier administratif, mais comme le loup, nous sommes pauvres et affamés.

C'est parce que nous sommes un hôpital libre que nous avons pu introduire ici la thérapeutique homœopathique bannie des autres hôpitaux; c'est parce que nous sommes un hôpital libre que nous avons pu conserver les sœurs hospitalières dont le concours nous est si utile ; et qu'attentifs aux besoins de la conscience nous pouvons offrir à nos malades toutes les facilités pour l'accomplissement de leurs devoirs religieux. Nous ne regrettons donc point notre situation d'hôpital libre et indépendant, puisqu'elle nous offre de si précieux avantages et que notre pauvreté s'est habituée à compter sur votre charité pour subvenir aux besoins de nos malades. Je dois maintenant vous donner quelques bonnes nouvelles qui nous font entrevoir l'avenir de jours meilleurs.

Ainsi un grand nombre d'actionnaires ont fait abandon à l'hôpital des revenus de leurs actions et obligations, et comme c'est l'hôpital qui est chargé de payer les intérêts de ces valeurs, vous comprenez que nos dépenses éprouvent une diminution proportionnelle au nombre des actions ainsi abandonnées. Au commencement, l'hôpital avait 20,000 francs à payer chaque année pour les intérêts des actions, c'était une grosse somme ; par suite des abandons déjà faits, j'estime que nous aurons moins de 10,000 à payer en 1887.

Que ce mouvement de générosité s'accentue et bientôt l'hôpital Saint-Jacques n'aura plus qu'à subvenir à l'entretien des malades et alors il pourra suffire à sa tâche.

Enfin plusieurs legs importants ont été faits dans le cours de cette année à l'hôpital Saint-Jacques. Les formalités administratives et les revendications de l'Assistance publique ne nous ont pas permis d'être mis en possession de ces legs, mais nous espérons que la volonté des testateurs sera respectée et que l'hôpital profitera des dons généreux qui lui ont été faits.

D'ici là, Mesdames et Messieurs, nous comptons sur vous, le passé nous est un sûr gage de l'avenir ; nous avons confiance en vous et nous sommes sûrs qu'après nous avoir été fidèles pendant de si longues années d'épreuves, vous ne nous abandonnerez pas au moment où nous touchons au but,

RAPPORT

SUR LE SERVICE MÉDICAL DE L'HÔPITAL SAINT-JACQUES POUR L'ANNÉE 1886.

M. le Dr M. Jousset :

Mesdames, messieurs,

Le but du compte rendu annuel, que je suis chargé de vous exposer aujourd'hui, est de vous montrer les progrès accomplis par votre œuvre pendant l'année qui vient de s'écouler.

Les chiffres que je vais vous citer sont par eux-mêmes assez éloquents pour me dispenser d'entrer

dans de longs développements ; ils vous prouveront, jusqu'à l'évidence, l'importance toujours croissante des services que l'hôpital Saint-Jacques, rend aux malades, qui y trouvent les bientaits de la thérapeutique de Hahnemann et les soins dévoués de nos excellentes sœurs.

Le 1er janvier 1886, il restait dans les salles 17 malades, il en est entré pendant l'année, 282 ; ce qui fait en tout 299 ; 180 femmes et 119 hommes. Sur ce nombre, nous avons eu 32 décès ; soit une mortalité d'un peu plus de 10 %, mortalité plus grande que les années précedentes, probablement à cause du plus grand nombre des maladies chroniques et incurables qui ont été reçues cette année.

Si nous étudions, en effet, les causes de ces décès nous trouvons que huit seulement sont imputables à des maladies aiguës, tandis que les vingt-quatre autres ont été produits par des maladies incurables.

Nous trouvons que les huit premiers décès dépendent, un de la fièvre typhoïde, un de variole à forme hémorrhagique, un de diphthérie généralisée, un d'ictère grave, un de pneumonie double, deux de bronchite capillaire et un d'apoplexie pulmonaire ; les 24 autres décès ont été causés, dix par la phthisie pulmonaire, trois par l'albuminurie, trois par des maladies de cœur arrivées à la période de la cachexie, deux par des méningites, un par la rupture d'un anévrysme, un par une péritonite tuberculeuse et quatre par des cancers de diverses régions. Toutes ces maladies sont malheureusement de celles aux-

quelles nous ne pouvons apporter que du soulagement.

Comme il n'y a pas à Saint-Jacques de service chirurgical distinct, nous n'avons pas fait de distinction dans notre relevé entre les malades et les opérés; nous devons ajouter, cependant, qu'un des chefs de service de l'hôpital, notre ami le docteur Piedvache, a, pendant l'année qui vient de s'écouler, fait plusieurs opérations avec le plus grand succès.

Nous n'avons pas non plus distingué entre les malades qui ont été traités dans les salles et ceux qui ont occupé des chambres ; car, comme vous le savez, Saint-Jacques n'est pas seulement un hôpital, c'est aussi une maison de santé, comme la maison Dubois et celle des frères de Saint-Jean-de-Dieu. Nous avons eu plusieurs malades de la ville qui sont venus chercher dans nos chambres des soins qu'ils ne pouvaient se procurer chez eux. Plusieurs y ont subi des opérations.

Les consultations externes, qui ont lieu tous les matins à huit heures et demie, ont présenté aussi cette année un assez grand accroissement ; en effet, au lieu de 7,282 qui avaient été données en 1885, nous trouvons cette année 9.231 consultations, médecine, chirurgie et ophthalmologie. Le bien que peut faire l'hôpital Saint-Jacques est ainsi augmenté par le soulagement qu'il peut apporter à de nombreux malades externes.

Que pourrais-je ajouter à tous ces chiffres, que dirai-je après ce qui vous a été dit ici même les années précédentes ? Vous nous avez aidés à fonder cette

maison, vos souscriptions nous ont permis de l'augmenter et de la faire vivre jusqu'à aujourd'hui ; ce que vous avez fait nous est garant de ce que vous ferez encore et ce n'est pas lorsque le nombre de nos malades augmente, lorsque par conséquent nos besoins deviennent plus pressants et plus grands que vous nous abandonnerez.

Je termine, je n'ai déjà que trop retardé le moment où vous allez entendre la parole chaleureuse de l'éminent prédicateur qui a bien voulu nous prêter son concours.

RAPPORT
DU DOCTEUR I. GUÉRIN-MÉNEVILLE.
Trésorier,

Mesdames, Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter l'état des recettes et dépenses de l'hôpital Saint-Jacques pendant l'année 1886 :

1° *Recettes*

Avoir en caisse le 1er janvier 1886.....	2.689 05
Rentes diverses.....	1.503 »
Dégrèvement d'impôts 1885 recouvré.....	658 45
Souscriptions et dons.....	25.350 50
Remboursement de frais de séjour par les malades, leurs familles ou leurs protecteurs.....	26.551 20
Avoir total.....	56.752 20

2° *Dépenses :*

Nourriture	15.229	»
Vin (transport : 1,196 fr. 15 ; vin 936 fr.)	2.132	15
Loyer (2 termes)	10.000	»
Charbon (transport compris)	2.993	90
Éclairage	417	65
Gaz	567	40
Blanchissage	1.659	05
Eaux	410	45
Pharmacie, objets de chirurgie, etc.	356	40
Linge, toile, coton	100	»
Contributions, taxes, amendes, enregistrement.	549	90
Ameublement, literie, couvertures	1.003	»
Vidanges	627	70
Assurances	68	95
Divers, transports, bains, douches, voitures, etc.	1.197	25
Réparations locatives (rue Coquillière)	397	»
M. Malaval (moitié du dégrèvement)	329	30
Fumiste	116	05
Imprimerie	817	15
Recouvrements, menus frais	1	60
Obsèques de la Sœur Miséricorde	263	80
Rhum et cognac	137	90
Traitement des internes	900	»
— de l'aumônier	360	»
— des sœurs	1.300	»
— du concierge	1.300	»
Domestiques, gardes de nuit	2.246	»
Dépense totale..... Fr.	45.501	60

NOTA. — Il reste dû au 31 décembre deux termes de loyer, soit fr. 10,250.

3° *Balance au* 31 *décembre* 1886 :

Recettes et avoir total..... Fr.	56.752	20
Dépenses	45.501	60
Reste le 31 décembre	11.250	60

Reliquat ci-dessus.....	11.250 60
Portefeuille: dix actions.	
Ecole Massillon, 5 0/0.....	10.000 »
75 fr. de rente 3 0/0.....	2.037 50
928 fr. de rente 4 1/2 0/0.....	11.658 »
Avoir total (31 décembre 1880)....	34.946 10

4° *Mouvement de l'hôpital Saint-Jacques* :

Du 1er janvier au 31 décembre 1886, il a été traité :

180 Femmes,

119 Hommes, soit 299 malades.

qui ont produit 11,597 journées.

Sur ce nombre, il y a eu 32 décès, et au 31 décembre, il restait 34 malades présents.

On a, en outre, donné 9.231 consultations externes gratuites.

Grâce à votre générosité, Mesdames et Messieurs, nous sommes arrivés à voir nos recettes et nos dépenses se balancer, mais bien juste, si vous voulez bien remarquer que sur le reliquat en caisse le 31 décembre, de fr. 11.250 60 c., 10.250 sont dus pour le loyer de deux termes de l'année écoulée, ce qui réduit en réalité à un millier de francs le reliquat en caisse reporté sur 1887.

Par le détail des dépenses, vous pouvez voir avec quelle parcimonie sont employés les fonds qui nous sont confiés. Il est difficile d'économiser plus que ne le font nos bonnes Sœurs, et l'on peut dire que nous nous bornons au strict nécessaire, si l'on songe que cette dépense de fr. 55.750 se répartit sur près de

300 malades, sans compter le personnel de l'hôpital.

Nous osons espérer que vous trouverez ces résultats encourageants, et que votre charité ne se lassera pas de nous venir en aide et nous permettra de continuer une œuvre si utile dont vous avez le droit d'être fiers. Veuillez agréer ici tous nos remerciements, au nom surtout de nos malades reconnaissants de tout le bien que vous leur faites, et que vous leur ferez encore.

Après la lecture du rapport sur le service des malades et du compte rendu du trésorier, le président ajoute les paroles suivantes :

Mesdames et Messieurs

Je dois ajouter quelques mots aux deux rapports que vous venez d'entendre ; vous voyez que la mortalité a atteint cette année un chiffre relativement considérable, vous avez pu vous rendre compte que cette élévation du chiffre des morts tenait au grand nombre d'incurables qui avaient été admis dans les salles cette année. Notre règlement intérieur nous défend de recevoir des incurables dans les salles, pour deux raisons : d'abord parce que ces malades immobilisent des lits qui seraient occupés plus utilement par des affections aiguës ; ensuite parce que l'hôpital homœopathique étant un hôpital destiné à démontrer la supériorité de la thérapeutique homœopathique, nous manquons à ce but en recevant des malades absolument au-dessous des ressources de l'art.

Mais nous avons une excuse pour expliquer notre

violation du règlement, c'est celle de la grande compassion que nous inspirent des hommes malades absolument sans ressources. Leur misère profonde, l'abandon dans lequel ils se trouvent nous forcent à les recevoir au détriment des intérêts de la science, intérêts bien inférieurs à ceux de la charité.

Les chiffres que vient de nous donner notre trésorier, vous démontrent la vérité de ce que je vous disais il y a un instant : c'est que, si nous n'avions pas à payer à la *Société anonyme*, propriétaire de notre immeuble, la somme énorme de 20.000 francs par an pour servir les intérêts des actions et obligations, notre budget serait en équilibre. Je ne puis donc que vous encourager à abandonner vos actions à la caisse de l'hôpital et nos dépenses, de ce chef, diminueront en proportion de votre générosité !

Comme l'année précédente, nous nous sommes ensuite rendus dans la chapelle que nos voisines les Sœurs de la Croix avaient eu l'obligeance de mettre à notre disposition, et le R. Père VALLÉE, des Frères-Prêcheurs, a prononcé un discours dont voici le résumé :

Le R. P. Vallée a parlé sur l'*hôpital chrétien*, *son principe* et *ses moyens d'action*.

Son *principe* est puisé en plein cœur de Dieu. Dans le monde païen, le malade pauvre, devenu membre inutile, n'avait plus qu'à disparaître. Depuis Jésus-Christ, une meilleure lumière est sur nous. Jésus-Christ nous a dit combien l'homme était aimé de Dieu. Il nous a montré Dieu pensant à nous dès l'é-

ternité avec un amour, une providence, une paternité que rien, pas même l'indignité de la vie, n'arrive à décourager. Toute la vie, l'enseignement, la mort surtout du Christ racontent cet amour. L'homme, sous cette clarté divine tombée du Calvaire, a retrouvé la pensée de Dieu sur sa race, et s'est mis à aimer comme Dieu aime lui-même, à tendre la main à ceux qui peut-être allaient s'arrêter haletants, épuisés, à leur rendre courage, élan, vigueur morale, à les sauver enfin. De là à s'occuper des corps qui souffrent, il n'y a pas loin ; mais, on le voit, c'est en Dieu même que le principe de ce dévouement est puisé ; c'est pour avoir communié à la plénitude d'amour qui est au cœur de Dieu que l'être humain va ainsi à ceux qui souffrent. Le vrai créateur de l'hôpital, le premier Frère Hospitalier, celui qui crée et garde actif notre dévouement aux malades, c'est Dieu. Aussi nos pères appelaient-ils l'hôpital l'Hôtel-Dieu. L'hôpital *vit par Dieu* ; laïcisé, il mourra.

Comme *moyens d'action* la famille chrétienne a mis près des malades les deux choses qui incarnent le mieux parmi nous la Providence de Dieu : la *science* et la *charité*.

1° La *science*, qui étudie l'homme avec passion, qui scrute sans trêve les mystères de l'anatomie et de la physiologie du corps humain, qui en devine toutes les ressources, toute la puissance de réaction contre le mal. La science aussi, qui appuie sa thérapeutique sur une connaissance approfondie des énergies et de la vertu du monde minéral et des plantes. Etudes complexes que celles-là, études profondes, jamais

achevées, laissant par cela même le champ libre aux Ecoles diverses, et faisant légitime tout mouvement médical né de la réflexion scientifique, et d'un contrôle expérimental d'autant plus sévère et consciencieux qu'il a lieu sous le feu de l'ennemi.

2° La *charité*, vivante, incarnée dans la Sœur Hospitalière. Le Père nous a fait le portrait de ces grandes dévouées, arrachées au foyer des familles parce que Dieu les appelle au sacrifice absolu. Dieu est venu le premier dans le sacrifice, le sacrifice jusqu'à la mort. Quand il appelle l'un de nous, celui-là n'a qu'à répondre : me voici ; et cela dans la joie de son âme, dans une action de grâces qui ne cesse plus. Puis il les a montrées près des malades, exerçant sur les plus atteints une action incomparable par leur compassion, leur entrain plein de vaillance et de douce gaieté. Il nous a dit aussi leur influence sur les âmes, non par l'oppression des consciences, mais par le seul rayonnement d'une âme qui vit en pleine lumière, en pleine possession d'elle-même, en don incessant à tous.

Constitué sur un tel principe et de tels moyens d'action, l'hôpital chrétien est vraiment l'Hôtel-Dieu, la maison de consolation, de salut, de résurrection physique et morale.

Nous rappelons que les dons peuvent toujours être adressés à notre trésorier, le Dr Guérin-Méneville, 16, rue Richelieu, et que les legs et donations, que nous sommes aptes à recevoir comme établissement reconnu d'utilité publique, doivent, à peine de nullité, être rédigés dans les termes suivants : « Je lègue ou

je donne à l'hôpital Saint-Jacques, fondé à Paris, rue Saint-Jacques, 282, actuellement ruelle Volontaire, reconnu établissement d'utilité publique, par décret du 13 juillet 1878..... »

On remarquera que le mot *homœopathique* n'existe pas dans cette formule. C'est une satisfaction que le ministre a cru devoir accorder à la Faculté et à l'Académie de médecine liguées pour empêcher notre hôpital d'être reconnu établissement d'utilité publique !

DAMES PATRONNESSES

Mme CHARLES SEGUIN, Présidente, rue de Matignon, 17.
Mme NOLLEVAL, Trésorière, rue de l'Echelle, 11.
Mme JULES BRANDON, Secrétaire, avenue de Messine, 10
Mme EMILE ALPHEN-SALVADOR, avenue de Messine, 10.
Mme ANTONIN BELLAIGUE, rue Saint-Guillaume, 11.
Mme BERTHELIN, rue Tronchet, 29.
Mme MAURICE COTTIER, rue de la Baume, 11.
Mme DAUVIN, rue de Sèvres, 30.
Mme la baronne DURAND, rue Lavoisier, 1.
Mme ESPINASSE, rue de Calais, 13.
Mme FESTUGIÈRE, rue de Calais, 13.
Mme GABALDA, rue du Cherche-Midi, 11.
Mme la baronne LEJEUNE, avenue Montaigne, 75.
Mme ABEL RAIMBEAUX, 49, avenue du Bois-de-Boulogne.
Mme PAUL MAHOU, rue Windsor, 8, Neuilly-sur-Seine.
Mme MASSONNEAU, rue de Laval, 11.
Mme la comtesse de MÉNARS, rue du Bac, 101.
Mlle De MÉNARS, rue du Bac, 101.
Mme AUGUSTE de MIEULLE, rue de Lille, 95.
Mme la comtesse MINANGOY, avenue des Champs-Elysées, 121.
Mlle ANTONINE PERRY, rue de Provence, 14.
Mme GABRIEL SALADOR, avenue de Messine, 10.

Mme la comtesse de SAINT-SEINE, rue Bellechasse, 46.
Mme CH. SAVARY, rue Windsor, 8, Neuilly-sur-Seine.
Mlle De VALIN, rue Christophe-Colomb, 3.
Mme la comtesse de VIBRAYE, rue de la Chaise, 24.
Mme la marquise de VIRIEU, rue du Regard, 6.

COMMISSION ADMINISTRATIVE

MM. JOUSSET, président ; MOLIN, vice-président ; CRETIN, FRÉDAULT, PARTENAY, CLAUDE, GUÉRIN-MÉNEVILLE, trésorier ; TESSIER, secrétaire.

Associés de l'Hôpital Saint-Jacques

FONDATEURS

Mme Charles SEGUIN, présidente des dames patronnesses.
Mme la baronne De Rothschild, Douairière.
Mme Auguste DESGENETAIS.
Mme la comtesse D'ARGOUT.
Mme MARCO DEL PONT.
Mme la comtesse de MESNARD.
Mme Abel RAIMBEAUX.
Mme LOREAU.
Mme Veuve GERMAIN-PERRONNE, née Cretin.
Mlle Joséphine CRETIN.
M. Edouard MIGNON.
M. Ferdinand RIANT.
M. Abel RAIMBEAUX.
M. le docteur GRANIER, de Nîmes.
M. Antonin CATELLAN.
M. Charles CATELLAN.
M. le docteur JOUSSET.
M. le docteur FRÉDAULT.
M. le docteur CRETIN.
M. le docteur LOVE.
M. le docteur MILCENT.

BIENFAITEURS.

Mme la marquise de RASTIGNAC.
Mlles Laure et Marie DETERMES.
Mlle Félicie PONE.
M. le Prince de WAGRAM.
M. DENORMANDIE, sénateur.
M. le Général Comte de PALIKAO.
M. le Colonel SALVADOR.
M. DELAHOGUE-MOREAU.
M. Charles FAUQUEUX.
M. Georges LOVE.
M. le baron Charles PIÉRARD.
M. Charles PONE.
M. William GALIGNANI.
M. le docteur OZANAM.
M. le docteur PARTENAY.
Mme Léon CUNY.
Mme de COMMINES DE MARSILLY.
M. Henri TAVERNIER.

COOPÉRATRICES.

Mme GILLIARD.
Mme la baronne Charles PIÉRARD.

LISTE DES SOUSCRIPTEURS

POUR

L'HOPITAL SAINT-JACQUES

DE LA FONDATION AU 31 DÉCEMBRE 1886

M. Abadie.
M. le vicomte d'Aboville.
Mme Adeline.
M. et Mme E. Alphen-Salvador.
Mme d'Alvarès.
M. Amelot.
M. André.
Mlle Annette.
Dr D'Antraigues.
Mme Eugène d'Aquin.
M. Arcas.
Mme d'Arcy.
Mme B. d'Argis.
M. Argis.
Mme la comtesse d'Argout.
M. Armagnac (Léo).
M. Armand.
M. Arnaud (Victor).
M. Aubry.
M. le marquis d'Audiffred.
M. Auxcoustaux.
M. Baca (Dr).
M. Baillaud.
M. Bailleul.
M. Baillon.
M. Bailloud.
M. Bailly.
Mme Balcarce.
Mlle Balcarce (Maria).
M. Balcarce,
M. Balvay.
M. Barbey.
M. Barbier.
M. Baron.
M. Barrau.
Mme Bartholony (A.).
M. Basilewski.
Mme Baudouin.
Mme Baurens.
Mme la baronne de Baye.
Mme Beaudoux.
M. Beau.
Mme la comtesse de Beaulaincourt-Marle.
Mme Beaurain.
M. Beauvais.
M. et Mme Becard.
M. Becker, avocat.
Mme Bedier.
Comte de Bégoin.
M. Bejot.
Mme Bellaigue.
Mlle de Bellomayre.
Mme Bellanger.
M. Benoit.
Mlle Benoit.
M. le baron Benoist Méchin.
M. Béranger (Charles).
Mme Bérard (Edouard).
M. Berbé.
M. Berger (Aymé).
Mlle Berger.
M. Bergère (Amédée).
M. Bergot (Dr).
M. Bernard (Dr).
M. Bernard (fils).
Mme Bertaud.
M. Bertaud.
M. Berthelier.
Mme Berthélin.
M. et Mme Bertherand.
Mme Bertin (A.).
M. de Berthois (colonel).
M. le Baron de Berthois.
M. Bertrand (G.).
M. Bertrand.
M. le Dr Bertrand-Delamps.
M. Bernard.
M. Besson.
Mme veuve Best.
Mlle de Béthysy.
Mme la Comtesse de Béthune.
Mme Beuzon.
M. Biais.

M. Bihourd.
Mme Billaudel.
Mme de Billy.
M. de Billy.
M. Bin.
M. Binder.
M. Bion.
Mlle Bion.
M. Bize.
Mme la Duchesse de Blacas.
Mme la marquise de Blaisel.
M. Blanc (X.).
Mme Blausse.
M. Bligny.
M. Blutz.
M. Bois-Rouvray.
M. Bois-Chevalier.
M. et Mme Boissard.
Mme Boissier.
Mme de Boissieux.
Mlle Boissieux-Bonnafé.
M. Boittelle.
Mme Boittelle.
Mme Bompard.
Mme Bonneau (Paul).
M. Bonnet.
M. Bonnefous.
M. Bontemps.
M. Bontour.
M. et Mme Bontoux.
M. Bonvast.
Mme Bordet (Henri).
Mme Veuve Bordier.
Mme Bore-Verdier.
M. le baron Borras de Goya.
Mme la baronne Borras de Goya.
Mme Bory-Wender.
Mme Bouars.
M. Boucastel.
M. Boucaumont, Député.
M. Bouchard (Denis).
M. Bouche.
Mme Bouchot.
Mme Bouillon.
Mme Bouju.
Dr Bouffier, de Cette.
M. Boullemotte.
M. Bourdet, pharmacien.
Mme Bourdet.
Mme Bourdin.
Mme Bourdon.
Mme la Comtesse de Bourgoing.
M. Bourgon.
Mme la Comtesse de La Bourdonnaye.
Mme Bourgeois.
M. Bouriol.
M. Bournisien.
M. Bourruet Aubertot.
M. Boutir.
M. Boutors,
M. Bouts.
M. Bouvart.
M. Bouvier.
M. Bowron.
Mme Bowron.
Mme Bouvry.
M. Bozoet (Henri).
M. Braconnier.
M. de Bradi.
M. Braquenié.
M. et Mme Brault (Emile).
M. H. Brebion.
Mme Brebion.
Mmes Jules Brandon.
Mme Brebion.
M. Brechemin.
Mme la comtesse de Breda.
M. de Bréville (George).
M. de Bréville (Onfroy).
Mme Bréton (Ernest).
Mme Bréton (Louis).
M. Bréton.
M. Briat.
M. Briand.
M. Brice.
M. Bride.
M. Brière (Hubert).
M. Brisset.
Mme Brizard.
M. Brocart (Louis).
M. le Comte Brocart-Doumerc.
Mme la baronne Bro de Comère.
Mme Brooks (Ernest).
Mme Brooks (Théodore).
M. Brugniaux (R. Père).
M. Brunneau.
M. Brunner.
M. Brunton (John).
Mme Bruzelin.
M. Burch.
Mlle Burlon.
Mlles Bussy.
M. le Dr Cabarrus.
Mme Cahen (Louis), d'Anvers.
Mme Cahen (Raphaël), d'Anvers
M. Caillat (Henri).
Mme Caillaux.
M. Caillet (Henry).
M. Cailley.
Mme Caltier.
Mme la duchesse de Cambacérès.
Mme la comtesse de Cambacérès.

M. le Duc de Camposelice.
M. Cany.
Mme la princesse de Cantacuzène.
M. Captier.
Dr Caire.
Mme Carié.
Mme Cartes.
M. Cariti.
Mme Carraby.
M. Carrou.
M. le duc des Cars.
M. Carteron.
Mme Cartier.
M. Cartier.
Dr Casal.
M. de Castellan.
M. Cassé.
Mme la comtesse de Castries.
Mme Th. de Castro.
MM. Catellan frères.
Mme de Caiheu.
M. et Mme de Catheu (Victor).
M. de Caulaincourt.
M. Cavaglion.
M. de Ceurer.
Dr Chabot.
M. de Chabot-Rohan.
Mme la comtesse de Chabaud-Latour.
Dr Champeaux.
Dr Chanet.
M. Chantreau.
Mme la marquise de la Chataigneraie.
M. Chermaillis.
M. le comte de Charencey.
Mme la comtesse de Chasseloup-la-Motte.
M. Chatelard.
M. le baron de Chateaubourg.
Mme Chanbaud.
Mme de Chegoin.
M. Chauvrière.
M. Chégoris.
M. le Dr Cherbot.
M. Chéret (Paul).
M. Chesnay.
Mme Chesnay.
M. et Mme Chevalier (Emile).
Mme de Chevarrier.
M. Chevojon (Curé).
M. Chevrel (Abbé).
M. et Mme Chevreux.
M. Chevreux.
M. et Mme Cheuvreux.
Mme la comtesse de Chivry.
Mme Choupot.
Mme Christoffle (Charles).
Mme Christoffle (Paul).
Dr Clauss, de St-Pétersbourg.
Les Dames de Ste-Clotilde.
M. Coatpont.
Dr Collangette.
M. Collière.
Mme Collin.
M. Collin.
Dr de Comeau.
Dr Commandré.
M. le Baron et Mme la Baronne de Commaille.
Mme de Commines de Marsilly.
M. de Commines de Marsilly.
M. de Comminck.
Dr Conan.
Mlle Contant.
M. de Corbie.
M. le comte Declos-Corbos.
Mme de Cormenin.
M. le comte et Mme la comtesse de Coral.
M. Corberon.
M. Cormier.
Mme Cornely.
M. de Cornuau.
Mme Corroyer.
M. Cottin.
M. et Mme Cottier.
M. de Courtois.
Mme Courtois-Franck.
Mme la baronne de Courval.
Mme Contant (Achille).
M. Contant (Achille).
M. Contant (Jules).
M. Contant (E.).
M. Couturier.
Mme Couvreux.
Dr Cramoisy.
M. de Cranzès.
Mme Crémieux (Léon).
Mme Crémieux (Hector).
Dr Crequi.
Dr Cretin.
M. et Mme Cuny (Léon).
Baronne de Curnieu.
M. Custin.
M. le prince Czartoriski.
Mlle de C.....
Mlle Dagoneau.
Cte de Damas.
Mme la vicomtesse Danger.
M. Danger.
Mme Darasse.
M. Darblay jeune.
M. Darlu (Ed.).
Mme la baronne Daumesnil.

M. Dauphin.
M. Debonnefoi.
M. David.
Mme Davillier (Henri).
Mlle Decam.
M. Decourdemanche.
M. Dedome.
M. Degas.
Mlle Dehaut.
Mme Delabarre.
Mlle de la Bigne Villeneuve.
Mme Albert Delacourt.
Mme Fernand Delacourt.
Mme Dehollain.
Mme Delagarde (Emile).
Mme Delahogue-Moreau.
M. et Mme Delalande.
M. Delamarre.
M. Delapalme.
Mme Delaperche.
M. Delapize.
Mme Delapoline.
Mme Delaporte.
M. Delaporte (Jules).
M. Delarue.
Mme la générale Delarue de Beaumarchais.
M. Delâtre.
M. Delavallade.
M. Delchet.
M. Delerne.
Mme Delherbe.
M. et Mme Delessard.
Mme Delmas.
M. Delorme.
M. l'abbé Delorme.
M. Delpech, pharmacien.
Mme Deltheil.
M. Demouchy.
Mme Demouchy.
Mlle Demouchy.
M. Denière.
M. Denis.
M. Denné.
Mme Denormandie (Ernest).
Mme Denormandie.
Mme la comtesse Dercohol.
MM. Derodes et Deffès.
M. Derulle-Pol.
Dr Desauche.
M. Descartes.
Mme Deschamps.
M. et Mme Desgenetais.
Mme Desgranges.
Mme Dehesdin.
Mme Deslandes.
Dr Despiney.
Mme veuve Desprès.
M. Desprétis.
M. et Mme Destors.
M. l'abbé Détouret.
Mlles Determes.
Dr Detroy.
Mme Detroyat (Léonce).
M. Devallois Abbé.
Mme Devalois.
M. Devaux.
M. Dévillers.
M. et Mme Devinck.
Mme Deviolane mère.
Mme Deviolaine (Norbert).
Mme Deviolaine (Paul).
Mme Devry.
Dr Dezermaux.
Monseigneur d'Hulst.
M. Diez-Monnin.
Mme Dillemann (Albert).
Mme la duchesse de Dino-Talleyrand.
M. Dollez.
M. Doniol.
M. Dorchy (André).
Mme Dosseur.
M. Dotzemberg.
Mme Doublat (Alfred).
Mme Doublet (Gustave).
M. Georges Doublet.
Mme Douët-d'Arcq.
M. Douillard.
M. Doulat.
M. Doulcet.
Mme Dreux (E.)
M. Dreyfous.
M. Drillon.
M. Drocourt.
Mme la comtesse Drouyn de Lhuys.
M. Droit.
Mme Dubale.
Mme Dubarry.
Mme Dubois (Arsène).
Mme Duboux (Louis).
Mme Duché (G.)
Mme Duchlin.
Mme Duclos.
Dr Ducrot.
M. Dufaure.
Mme Duflocq.
M. Duflos.
Mme Dufour (Louis).
M. Dufour.
Dr Dufresne.
Mme Dufresne.
Dr Dugat.
M. Dulchet.
M. Dumas père.

Mme Dumesnil (Pauline).
M. Dumesnil.
Mme la baronne Durand.
Mme Durand (Auguste).
Mme Durand (A.).
M. Durif.
M. Dourouchoux (Paul).
M. Duval.
Mme Duz (Jean).
M. Ecalle (Henri), pharmacien.
Dr Emery.
M. Engrand.
M. Esnault-Pelterie.
Mme la vicomtesse d'Espiès.
M. Etteling (Guillaume).
Dr Evans.
Mlles Faber.
M. Fabre (Frédéric).
M. Fabre.
M. Farcot (Joseph).
Mme Fargin-Fayolle.
Mme Fauh.
Mme Fauqueux (Charles).
M. de Faure.
M. le vicomte de Fautereau.
M. Favreau.
M. de Favrère.
Mme la comtesse de Fayet.
Mlle Ferret.
M. le marquis de la Ferronnays.
Dr Feuillet.
Mme Fèvre.
Mme Fildesoye.
M. Fiot.
Mme Flamand.
M. le comte de Florian.
Mme la comtesse de Florian.
M. Fluret.
Mme H. Flury.
Mme Gratien Foacier.
M. Foirat.
Mme de la Fontaine (Georges).
Mme H. Fontana.
Mme Forget.
M. de Forbin.
Mme des Forges.
Mme la comtesse de Formon.
Mlle de Formon.
Mme Fould (Benoit).
M. Fould (H.).
Mme Fould (Isidore).
Mme Fould (Paul).
M. Foulon.
Mme Fouquet de Lusigneul.
M. Fouquiet (Ernest).
M. de Fourcy.
M. Fournier.
M. de Franqueville.
Dr Frédault.
Mme Frémy.
Dr Frestier.
Mme Fromage.
M. Froissy.
Mme Gabalda.
Dr Gaboriau.
Mme Gagneur de Patornay.
M. Galignani (W.).
Dr Gallavardin.
M. Gallers (Paul).
M. Gallois (Paul).
M. le vicomte de Ganay.
M. Gandouard (Léon).
Mme la baronne Garat.
M. Garcia.
M. Gardissal.
M. et Mme Garnier.
Mme Gastineau.
Mme la marquise de Gasville.
M. Gattif.
M. et Mme Gaudin (E.)
M. Gautier.
Mme Gautier de Valbray.
Mme Gantrot (Abel).
M. Gay.
M. Gayrard, curé de St-Louis-d'Antin.
M. Gaz (Victor).
M. Géant.
M. Gelée.
Mme Genreau, mère.
M. et Mme Genreau (Georges).
Mme Georges.
Mme Gérard (Marguerite).
Mme la comtesse Georges de Germiny.
Mme Gerson.
Mme Gervais.
M. Gervoy.
Mme Gilliard.
Mme Girard (Jules).
Mme de Girardin (Alexandre).
Mme Giraudeau (Fernand).
M. Girod.
M. Glaenzer.
Dr Gonnard.
M. Gosse.
Mme Gossard.
Mme Goubie.
M. et Mme Gouin (Ernest).
Mme Goupil.
M. Goupil (E.).
M. Goupil (L.).
Mme Gourenne.
Dr Goutry.
Mme la vicomtesse de Grancey.
Mme Grandmaison.

Dr Granier.
Dr Granvallée.
Mme la vicomtesse Greffühle.
Mme Grellou.
Mme de Gréty.
M. Grimardias.
Mme Grimprel.
Mme Gripon.
Mme la marquise douairière de Gualdamina.
M. l'abbé Guénaud.
Mme Vve Guérin-Méneville.
Dr Guérin-Méneville.
Mme Guérin.
M. et Mme Guérin (Edmond).
M. Güet (O.).
Mme de la Guiche.
M. Guiet.
Mme Guillaume (C.).
Mme Vve Guillet.
M. et Mme Guillet (Savinien).
M. Guilmard.
M. Guillot.
M. Guillouet.
Mme Guillout mère.
M. Guillout père.
M. Guillout (E.)
Mme la baronne de Gunzbourg.
M. et Mme Gutierrez de Estrada.
M. Guyot.
Mme Habaibi.
Mme Hainguerlot.
Mme Halphen (Joseph).
M. Hamel.
Dr Hamon.
M. Hannebert.
M. Haret.
M. Haret père.
M. Haret (Emile).
Mlle Harlé d'Ophove.
Mme Hasseneau.
Mme Haudry de Soucy.
M. Haussoulier.
Mme Haussoulier.
Mlle de Haut.
Mme la comtesse d'Hautpoul.
M. Hayem.
Mme Hébert (Charles).
Mme Heine (Charles).
Mlle Herlé d'Ophove.
Mme d'Hesteil.
M. Henrick.
Mme Hème.
Dr Hème.
Mme Hémon.
Mlle d'Herculais.
Mme Hermansart.
Dr Hermel.
M. Hermel (Ad.).
M. Hermel (Achille).
M. Hermel fils.
M. Herard (A.)
M. Hérold-Raminet.
Mme la marquise d'Hérouville.
Mme Herson-Mascarel.
Mme la comtesse d'Hinnislad.
Mme Paul Hottinguer.
Dr Houat.
M. Hournon.
Mme Hubert-Brière.
M. Hue.
Mme Huillier.
Mme Huillier (Paul).
Mme Humann.
M. Humblot.
M. Hunebelle.
Mlle Huet (Julie).
Mme de Hurbier.
Mme Huvet.
Mme Huyot.
Dr Hysern père.
Dr Hysern fils.
M. Imbert.
Dr Imbert-Courbeyre.
Dr Inglemarre.
M. et Mme Tt-d'Indy.
Mme Iremayer.
M. Isabey.
Dr Jablonski.
Mme Jacobs.
Mme Jacquemin.
M. Jacquemin.
M. Jacquot.
M. Jacquotot fils.
Mme Jagerschmidt (Paul).
M. et Mme Janicot.
M. Japy (Emile).
Mlle Jaume-Floccard.
M. Jauvin d'Attainville.
M. Jeanneau.
M. et Mme Jodon (Anatole).
M. de Jogay.
Mme Jolliot.
M. de Joly.
Dr Jorez.
Mme Josse.
M. Jourdian.
Dr Jousset.
Dr Jousset fils.
Mme Jouvin (Hippolyte).
M. et Mme Juigné.
M. Julet.
Mme la comtesse de Juvisy de Montferrand.
Mme Karczewska.

M. Karzewski.
Mme Keller.
M. Keller.
Mme P. Keller.
Mme de Kermingan.
M. Kern.
Mme la victe de Kerveguen.
M. le comte de Kleczkowski.
Mme Kope.
Mme Ed. Krafft.
Mme la comtesse Krasinska (Elisabeth).
Mme la comtesse Krasinska (Marthe).
M. Henri Labarte.
Mme la Générale Labastie.
Mme Lachambre.
Mme Lachaule.
Mme la Générale Lacretelle.
Marquis de Ladonchamps.
Mme la baronne de Ladoucette.
Mlle Lafonta.
Mme Lafontaine.
M. de Lafresnaye.
M. Lageste.
M. Lagoute.
Mme la Générale Lagrenée.
M. Laisné-Thiébault.
Mme Lallemand.
Mme de Lalande.
Mme la comtesse de Lambel.
M. Léon Lambert.
Mme la comtesse de Lambertye.
Mme Lamé-Fleury.
M. Lami (notaire honoraire).
Mme Lami (E.).
Mlle Lami de Nozan.
Famille Lamontagne.
Mlle Lamontagne.
Mme la comtesse de Lancolle.
M. Lancotte.
Mme Lamy.
Mme Landaiserie.
Mlle Landaiserie (Lucy).
Mme Landron (Victor).
M. le comte Lanjuinais.
M. Langlois.
M. Langt.
M. et Mme Lapareillé.
M. Laroze.
M. Larvinski (Ivan).
Mme Lassalle-Herrou.
Mme A. de Latour.
M. Latour.
M. et Mme de Launay.
Mme Laurentie.
M. Lebas.
M. Lebeau.
M. Lebey (père).
M. Lebey (Édouard).
M. et Mme Lebey (Georges).
Mme Lecarme.
M. Leclercq.
Mme Leclercq.
M. Lecocq.
Mme Lecomte.
M. Lecomte.
M. et Mme Leduc (Ed.).
Mme Lefebvre-Pontalis.
Mme Lefebvre (Alfred).
Mme Léger (Henri).
Mme Legneau.
Mme Lenideux (Ernest).
Mme Lehodey.
Mme la baronne Lejeune (E.).
Mme Leleu aînée.
M. et Mme Leleu (Auguste).
Mme Leleu (Casimir).
M. et Mme Leleu (Charles).
M. le colonel Lelièvre.
M. et Mme Lemaître (Ernest).
M. Lemaître (Georges).
Mme Lemaître.
Dr Lembert.
M. Lemonnier.
M. Lenglet.
M. Leniau.
Mme Lepel-Cointet (Eric).
M. Lepel-Cointet (Em.).
Mme Leplat.
Mme Leredde.
Mme Lerelle (Camille).
Mme Leroux.
Mme Leroy.
Mlle Leroy (Marthe).
M. Leroy.
M. Leseigneur.
Mme de Lesquilles.
Mme la comtesse de Lesseps (Ferdinand).
M. Lesquin.
M. Lestein.
M. le comte de Lestapt.
M. Letaille.
Cte de Lesterpt.
Mme Levassort.
M. Levent.
M. et Mme Levert.
M. Levillain.
M. Liénard (C.).
M. de Lienhardt.
M. de Lignières.
M. et Mme de Lignières.
M. Limet (E.).
M. et Mme Lionnet.
Mlle Locheron.

M. Eugène Morel.
M. Morisé (Louis).
Mme de Morlaincourt.
Mme la comtesse de Mosbourg.
M. l'abbé Motter.
M. de Mouchy.
M. de Moura (Sylvain-José).
M Moutier.
Mme Muller (Emile).
M. le comte Murat.
M. le comte et Mme la comtesse de Murat de l'Etang.
M. Mussin.
M. Nas de Tourès.
M. l'abbé Navet.
M. Navoit.
Mme veuve Nefftzer (A.).
M. de Nérulle.
Mme de Nerville.
M. Neufforge.
Mlle de Nicolaï.
M. et Mme Nicolle.
Mlle Nicolle.
Mlle Nicolo.
Mme Nitot.
Dr Noak.
M. Noailles.
Mme la baronne de Noirmont.
M. le baron de Noirmont.
M. le baron Gaston de Noirmont.
Mme Noirot.
Mme Nolleval.
Le curé de Notre-Dame-des-Victoires.
Mme Numeuse.
Mme la baronne d'Ogletz.
M. Orza.
Dr Ozanam.
Mgr Ozanam.
M. Oppenheim.
Mme la duchesse de Padoue.
Mme Pancolard.
Mme Parent-Duchâtelet.
M. Périac.
M. Paris.
Mlle Pariset.
Miss Pary.
Mme l'amirale Parseval-Deschênes.
Dr Partenay.
Mme Pasquier.
Mme Pastré (Joseph).
Mme Pastré (Jules).
M. Pastré (Pierre).
Mme Pauchet (Emile).
Dr Pellicer.
Mme de la Perche.
Mme Peretti.
Mme Perronne (A.).
Mme Perry.
Mlle Perry (Ant.).
M. Perry (Henry).
Mme Perterie.
M. le vicomte de Perthuis.
Mme Petit (Joséphine).
M. Petit (Francis).
M. Petit (Joseph).
M. Petitjean.
M. de la Peyrière.
M. Pézat.
M. Picot (Georges).
Mme Piérard (Charles).
Mme Piérard (André).
M. de Saint-Pierre.
M. le général et Mme Piétrequin de Pranjey.
M. Piotruszinski (Ladislas).
M. Pigeron.
M. Pignot.
M. Pillot.
M. Pinatel.
Mlle Pioche (Anna).
Mlle Pioche (Joséphine).
M. Pioche.
Dr Piollet.
M. Planque (E.).
M. Platel.
Mme Poiret.
Mme Polar.
M. Polissard.
Mme Polonceau.
Dr Pompili, de Rome.
M. Pône (Fortuné).
Mlle Pône (Félicie).
M. et Mme Pône (Charles).
Mlle des Ponts (Marie).
M. Porterie.
Mme Potdevin.
Mme Pottier (Paul).
Mme Pourcelet.
M. et Mme Pourcelt.
M. Poutrel.
Mme Poyet.
Mme Prenat.
M. Presbion.
M. Préterre.
Mme Priestey.
Mme Prunier.
M. Pujo.
M. Pujole.
M. Quatremère.
Mme Quesnardel.
Mme Quénault.
Mme Quest.
M. Rabourdin.

M. Raçon (Simon).
Mmes Radiguet.
Dr Rafinesque.
M. Raimbeaux (Abel).
Mme Rambaud (Marius).
Mme Rambourg (Charles).
Mme Ramsey.
Mme la marquise de Rastignac.
M. le chevalier Rauville.
D Ravel.
D Raymond (Louis).
M. le vicomte de Rebourgs.
M. le vicomte de la Redorte.
Mme Régnier.
Mme Rémy.
M. Renault.
Mme la Génle Renault-Morlière.
Mme de Renneville.
M. de Resnes.
M. Reynaut (Marie).
Mme Riant.
Mlle Riant.
M. Riant (Ferdinand).
M. et Mme Riant (Théodore).
M. Ribart.
Mme de Ribes (Ernest).
M. Richard.
M. Richard.
Mme Richer.
Mme la comtesse de Rigny.
Mme Riottot.
Mme Rivet.
M. Rivière (L.).
Mme Rivière mère.
Mme Robert-Houdin.
M. Robière de Volière.
Mme Robin (Gustave).
M. de Rochat.
Mme Rochet.
Dr Rochet.
M. Rochotte.
M. Roget (Charles).
Mme Rogier de Rothemont.
Mme Rol.
Mme Roland.
Mlle Rolland.
M. Rolland.
Mme la comtesse de Romanet.
Mme Romary.
M. Roret (Antoine).
M. Rosier.
M. Rosy, de Toulon.
Mme la baronne douairière de Rothschild.
Mme la baronne Nathaniel de Rothschild.
Mme la baronne Salomon de Rothschild.
M. le baron de Rothschild (Alphonse).
M. le baron de Rothschild (Gustave).
M. le baron de Rothschild (Edmond).
Vicomte de Rougé.
Mme Rouillard.
M. et Mme Roussel (Eugène).
Mme veuve Roussel.
Dr Roussel.
M. Roux.
M. et Mme Roux-Billioque.
M. Rouzelet.
Mme la baronne de Rovins.
Mme Rozier.
M. et Mme Sabattier.
Mme Saglio.
Mme Saint-Père.
Mme de Saint-Quentin.
Mme Salles.
M. Salmon.
Mme Salvador (Gabriel).
M. le colonel Salvador.
M. de Salverte.
Baron de Santa-Vittoria.
M. Sauton.
Mme de Sauville.
Mme Savary (Charles).
Mme Savary-mère.
M. Savary (Paul).
M. de Savignies.
M. Savoy.
M. Schickler.
M. Schill.
Mme Schlumberger.
M. Séber.
M. Séchan.
Mme la baronne Séguier.
Mme Séguier.
Mme Seguin (Charles).
Mme Seguin (Paul).
M. Seguin.
M. Seigneur.
Mme la comtesse Sixt de Saint-Seine.
Dr Serrand (Daniel).
Dr Serrand (René).
M. Serrat.
Dr Sieffermann.
Dr Sylvestre.
Dr Simon (Léon).
Mme Simonet (Alfred).
Mme de Sinçay (Ludovic).
Mme Sohier.
M. Sorat.
Mme Sorive-Bigot.
Mme Henri de Soucy.

M. Soumain (Alfred).
Mme de Staplande.
M. Stephens.
Mme Stern (Louis).
M. Stevens (Alfred).
M. et Mme Sublet.
Dr Sylvestre.
Mme Taigny-Jollois.
M. Taillade.
Mme la marquise de Talhouet.
M. Tarcot.
Dr Tardieu.
Mme Tardivaux.
M. Tavernier.
M. Tavernier (Henri).
M. de Tertre.
Mme Tessier.
Dr Tessier.
Dr Teste.
Mme Teste.
Mme Thayer.
Mme Thénard.
Mme Theurieux (André).
Mme de Thévenard.
Mlle de Thévenard.
M. Thévenin.
Mme Thibault.
Dr Thibaut.
Dr le Thière.
M. et Mme Théry.
Mme Thierry (Edmond).
Mme Thierry mère.
M. Thomas (Arthur).
M. Thomas.
Mme la marquise douairière de Tilière.
M. Tinoco.
Mme l'amirale Touchard.
Mme la comtesse de la Tour.
Mme de la Tour.
M. Tourneur.
M. de Tournin.
M. Tranchant.
M. Trayer.
Mme Tripier.
Mme la Présidente Troplong.
Miss Trotter.
Mme Trouvé.
Mme Trutat.
Lady Tufflon.
Mme Turdin.
Mme Turpin.
M. Richard de Tussac.
M. Uchard.
M. de Valanglard.
Mlle de Valin.
Mme de Vallière.
Dr Vallois.
M. de Valois.
Mme de Vandier.
Mme Varin.
Mme Vasse Saint-Ouen.
Mlle Vasse Saint-Ouen.
M. de Vatry.
M. Vaucherel.
Mme la comtesse de Vaudrimay.
M. le comte de Vaudrimay.
M. Vautier.
M. Vavoit.
M. le baron de Veaux
M. Verdier.
M. de Verneuil.
M. Véron (A.).
M. Verron.
M. et Mme Verroust.
M. Veuillot.
Mme Veyrier.
Mme la comtesse de Vibray.
M. Vicaire.
M. Villain (Le).
Mme la baronne de la Villesteux.
Mlle Villiers.
Mme Vincent (Albert).
Mme Vinois.
Mlle Viollet (E.).
M. Viollet (G.)
Dr Viollet.
Mme la marquise de Virieu.
M. le baron de Santa-Vittoria.
M. le prince de Wagram.
M. le baron de Watte.
Mlle de Watzbourg.
M. Weber (Georges.
M. Weichand.
M. et Mme Weyland.
Mme Weissweler (Daniel).
M. Worth.
M. Woodcock.
Mme Yung.
M. Yvose (Laurent).
Mme Zyloff de Steenbourg.
Mlle Zyloff de Steenbourg.

Le Gérant : Dr I. GUÉRIN-MÉNEVILLE.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place St-André.

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX

Séance du lundi 7 février 1887.

Présidence de M. le docteur TESSIER.

M. le Dr Alonzo Hernandez assiste à la séance.

Le secrétaire général dépouille la correspondance qui contient :

La *Bibliothèque homœopathique*, de décembre 1886 ;

The Monthly homœopathic Review, n° 2, février 1887 ;

L'Union Homœopathique, d'Anvers, n° 2, janvier 1887 ;

Un extrait des *Bulletins de l'Académie des sciences*, donnant une statistique générale des personnes qui ont été traitées à l'Institut Pasteur, après avoir été mordues par des animaux enragés ou suspects;

Bibliographie des sciences médicales. Envoi de MM. J.-B. Baillière.

La partie importante du numéro de la *Bibliothèque homœopathique* est consacrée au compte rendu annuel de l'hôpital Hahnemann, et au procès-verbal

de la séance du 17 novembre 1886 du comité médical dans laquelle est annoncée la reconnaissance d'utilité publique accordée à cet hôpital par décret en date du 9 août 1886.

Le journal l'*Union homœopathique,* d'Anvers, est un bulletin médical *trimestriel*, dont l'intérêt actuel m'a paru résider principalement dans un compte rendu succinct du congrès homœopathique international de Bâle en 1886.

Du reste, la bibliothèque homœopathique donne aussi des extraits de ce congrès, et le numéro reçu aujourd'hui contient un article important de M. Wyborn, pharmacien à Londres, sur « La nécessité d'une pharmacopée homœopathique internationale » lu à ce même congrès.

Mon prédécesseur m'a transmis, entre autres publications reçues par lui : un exemplaire magnifiquement relié, des « Transactions du congrès international de Bâle, en août 1886 ». Ce volume publié avec une louable rapidité sous la direction de son secrétaire perpétuel, le docteur Richard Hughes, contient *in-extenso* tous les mémoires lus à ce congrès et les discussions auxquelles ces travaux ont donné lieu.

Le numéro du *Monthly homœopathic Review* reçu aujourd'hui termine ainsi la note très courte dans laquelle il annonce l'apparition de cet important volume :

« Chacun de ces mémoires dédommagera le lecteur d'une étude approfondie, laquelle sera matériellement aidée, et certainement rendue plus intéressante par la discussion à laquelle ils ont donné lieu.

« Une fois de plus, nous offrons nos remerciements sincères au Dr Richard Hughes pour avoir rendu le congrès possible, malgré l'incapacité et l'indifférence qui, un moment, ont menacé son accomplissement ; et actuellement, plus spécialement, pour avoir complété l'œuvre qu'il a si vaillamment entreprise en nous mettant sous les yeux ses très utiles résultats, lesquels deviennent aussi profitables pour l'étude à ceux qui ont été, pour une cause ou une autre, empêchés de les récolter sur place. Pour ceux qui furent présents, ce volume sera un souvenir dont ils ne se priveraient pas volontiers, de l'une des plus agréables réunions médicales à laquelle ils auront jamais pris part.

Les « Transactions of the international homœopathic convention, Held in Bâle, August 1886 » contiennent ainsi :

Les mémoires des Drs Dudgeon, Imbert-Gourbeyre, Hansen, Schmitz, Ozanam, Kafka jeune et Bonno, *en français* ;

Les rapports des progrès de l'homœopathie en Russie par le Dr Bojanus, et en Autriche et en Allemagne par le Dr Kalfka jeune, *en allemand* ;

Ceux de Belgique par le Dr Schmitz ; du Danemark, par le Dr Hansen, et de France, par le Dr Vincent Léon Simon, *en français*.

Le volume contient aussi les rapports des sections d'*hygiène*, par le Dr Roth et de *pharmacie* par le Dr Wyborn.

Le numéro du *Monthly* contient en outre un article intéressant sur la rage et les travaux de M. Pas-

teur, et rappelle, à propos de cette actualité que le Dr C. Haring a publié, dans l'*American Journal of homœopathy* de 1852, une pathogénésie faite, avec la salive d'un chien enragé. C'était une anticipation des procédés de Pasteur, et les résultats furent également concluants. Dans le *Philadelphia Journal of homœopathy*, volume III, se trouve une longue pathogénésie de l'hydrophobie : Voici ce qu'écrit Hering :

« En juin 1833, étant à Philadelphie, il m'arriva de tomber sur un chien en état de rage confirmée, encore vivant et en proie aux convulsions. Je recueillis un peu de sa salive, je la triturai, et je me convainquis bientôt, par l'expérimentation, que c'était un médicament très efficace. J'ai guéri avec ce remède des chiens dans la première période de la rage, ainsi que des ulcères subsistant après la morsure de chiens malades. Tous ceux qui furent mordus par un chien réputé enragé, auxquels j'administrai « hydrophobin » continuèrent à se bien porter. »

M. le Dr Piedvache propose l'admission de M. le Dr Nimier, d'Angers, comme membre de la Société.

L'admission de M. le Dr Nimier sera décidée dans la prochaine séance.

La Société procède à l'élection d'un vice-président en remplacement du Dr Cretin, démissionnaire.

Au second tour de scrutin, M. le Dr Jousset est élu.

M. le Dr Bon adresse au Président une lettre dans laquelle il fait savoir qu'il donne sa démission de membre de la Société.

Cette démission est acceptée.

Le Président annonce que M. le Dr Ozanam a obtenu un prix de 500 fr. pour le sphygmographe qu'il a inventé.

M. Jousset. — Je reviens encore sur la question de l'épilepsie jacksonienne que nous avons traitée dans la dernière séance. La malade qui fait l'objet d'une des observations de ma clinique a été considérée par le Dr Frédault comme atteinte d'hystérie. Je tiens à dire que je ne puis accepter cette opinion.

Cette malade, en effet, a eu une paralysie avec œdème, augmentation de la température ; de plus, elle n'a pas présenté d'anesthésie. Elle a présenté un ensemble de symptômes siégeant dans le membre supérieur droit qui permet de fixer le siège de la lésion, si toutefois il y en a une, à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante du côté gauche. Je ferai encore observer que cette femme ne présentait pas de points hystérogènes ; la pression sur les points d'élection ne déterminait aucun phénomène.

J'ai eu des nouvelles de cette malade depuis qu'elle a quitté l'hôpital. Son état était sensiblement aggravé et elle a été reçue en dernier lieu à l'hôpital des Ternes comme incurable, ce qui nous donnerait à penser qu'il existait bien chez elle une véritable lésion pouvant expliquer tous les symptômes.

Maintenant deux mots sur la nature de l'épilepsie jacksonienne.

Jackson le premier a étudié ce syndrome ou plutôt cette affection qui est caractérisée par des mouvements épileptiformes localisés à certaines parties du corps, avec ou sans perte de connaissance. Le plus souvent cette affection est liée à une lésion grave, siégeant dans les circonvolutions cérébrales et alors la perte de connaissance devient constante. Quant à la lésion, elle est variable ; le plus souvent c'est une gomme, d'autres fois un cancer, des tubercules, une méningite limitée à une petite étendue d'une circonvolution ; c'est ainsi qu'un médecin a pu décrire la méningite paracentrale.

Mais il faut élargir le cadre nosologique de cette affection. Il est certain qu'elle peut se produire sans lésion persistante et c'est alors qu'on peut admettre qu'elle est symptomatique de l'hystérie. L'observation suivante, que je résume en quelques mots, est très instructive à cet égard. Il s'agit d'un jeune homme d'une quinzaine d'années qui, en faisant une promenade à cheval, se heurta avec violence contre un autre cavalier. L'enfant fut examiné avec soin et on ne constata aucune fracture ni même de contusions sérieuses, mais on s'aperçut qu'à l'occasion d'un choc on voyait apparaître une série de phénomènes bizarres. En frappant sur le tendon rotulien à droite, on provoquait chez le malade une perte de connaissance avec convulsions rythmiques dans le bras du côté gauche. Ces phénomènes duraient peu, mais se reproduisaient souvent. Il en résultait un état sérieux, mais cependant le malade finit par guérir au bout d'un certain temps, après avoir pris

différents médicaments et par l'emploi des eaux de Ragatz.

Ce jeune homme avait bien certainement une épilepsie jacksonienne, mais il paraît bien évident qu'il n'avait pas de tumeur cérébrale. On pourrait dans ce cas admettre l'hystérie.

M. Frédault. — Je partage complètement l'avis de M. Jousset sur la nature de l'épilepsie jacksonienne. C'est une affection qu'il faut classer à part et qui ne constitue pas une forme morbide. Le terme d'épilepsie est une dénomination impropre pour ces convulsions qui sont toujours symptomatiques. Chez le jeune homme dont M. Jousset vient de nous parler, on ne pouvait avoir de doute sur l'existence de l'affection qui nous occupe. On trouverait peut-être des cas analogues dans la science.

Un dernier mot sur la malade de la clinique de M. Jousset. Je dois dire que maintenant encore je suis porté à admettre chez elle l'hystérie plutôt que l'épilepsie. Je voudrais savoir ce qui arrivera par la suite et l'aggravation survenue dans son état n'est pas pour moi une preuve de son incurabilité. Les paralysies hystériques peuvent durer des années et se terminer par la guérison. J'ai vu une jeune fille rester quatre ans paralysée et guérir complètement. Je pense donc qu'il faut attendre pour se prononcer d'une façon définitive sur ce cas.

M. Frédault. — Je voudrais maintenant faire part à la Société d'un fait qui se rapporte à une

question toute d'actualité. Il y a quelques mois, une de mes clientes, en venant me consulter, m'a remis un vieux papier datant d'une centaine d'années et contenant la formule d'un remède composé de sept ou huit substances et destiné à combattre la rage. Le médecin qui composa ce remède rapporta quelques cas de guérison.

En présence de toutes les discussions qui s'élèvent aujourd'hui sur ce sujet, j'ai pensé que ce document pourrait être de quelque intérêt et je suis prêt à le communiquer à la Société.

M. Tessier. — Je crois en effet qu'il serait intéressant que M. Frédault nous fît connaître ce remède et je l'engage vivement à nous l'apporter à la prochaine séance.

La séance est levée.

Séance du lundi 7 mars 1887.

A 9 h. 1/2, la séance est ouverte sous la présidence de M. le docteur J.-P. Tessier.

Le Dr Rochet, trésorier, communique à la Société la lettre suivante que lui a adressée le docteur Paul Clément :

Mon cher confrère,

Désirant ne plus faire partie de la Société et ayant mes raisons pour ne pas envoyer ma démission motivée, je me suis conformé à *l'avis important* imprimé sur le bulletin, rappelant aux membres de la So-

ciété que faute d'acquitter le montant de l'abonnement au bulletin, ils seront considérés comme démissionnaires. C'est ce que j'ai fait, et il me semble que c'est suffisant.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments bien dévoués.

3 mars 1887. Dr Paul CLÉMENT.

La Société, à l'unanimité des membres présents, décide que la réponse suivante doit être faite à cette lettre :

Monsieur Clément fait erreur en croyant que le non paiement de la cotisation annuelle entraîne sa démission. C'est pourquoi la Société ne le considère pas comme démissionnaire et le raie de la liste des membres titulaires pour avoir refusé de payer sa cotisation.

La Société procède ensuite à la nomination de deux commissaires à l'effet de s'occuper du banquet annuel en l'honneur de la naissance de Hahnemann. Messieurs les docteurs Rochet et Marc Jousset acceptent cette mission, et le secrétaire général est chargé d'écrire à son collègue de la Société Hahnemannienne fédérative pour le prier de faire nommer deux de ses membres pour s'entendre avec ceux de notre Société.

La parole est alors donnée à M. le secrétaire général, pour la lecture de la correspondance.

M. GUÉRIN-MÉNÉVILLE. — La Société n'a reçu depuis la dernière séance, que trois journaux ; 1° *La Revista omiopatica*, du Dr Pompili, de Rome.

Ce numéro de janvier 1887 contient la traduction en italien d'un mémoire du Dr P. B. Wells sur l'hydrophobie, sa préservation et sa cure.

Celle d'un mémoire du Dr Ad. Lippe sur la fièvre puerpérale et son traitement homœopathique.

2° Le numéro (en double), de février 1887, de *The New England medical Gazette*, recueil mensuel, publié à Boston, Etats-Unis. Ce recueil est très riche en renseignements et annonces de toutes sortes sur les publications de journaux et de livres, les travaux des diverses sociétés américaines d'homœopathie.

3° Le numéro de mars de la *Monthly homœopathic Review*, qui contient, comme celui de février, un article sur l'hydrophobie et son traitement par le Dr Hayward, un autre sur le traitement de la diphthérie, du Dr F. Neild, d'Edimbourg, et de nombreuses notices intéressantes, notamment d'ophthalmologie, etc., etc.

Bien que j'aie écrit personnellement, dès le 20 janvier, douze lettres aux éditeurs des journaux français et étrangers avec lesquels notre société échange son bulletin, je n'ai reçu encore que trois réponses, des docteurs Léon Simon, Richard Hughes et Dyce Brown, et, en outre, les numéros de la *Revista omiopatica du New England medical Gazette*, et de l'*Union homœopathique*, d'Anvers, prouvant que ma lettre a été reçue. Je suis donc encore dans l'attente du *New-York medical Times*, des *Annales de la British homœopathic Society*, de la *Revue homœopathique belge*, etc., etc., tous recueils très intéressants. J'aime à espérer que ces lacunes seront bientôt com-

blées, et que j'aurai le plaisir de communiquer à la Société des extraits de ces recueils à mesure qu'ils me parviendront.

L'ordre du jour de la séance appelait la suite de la discussion sur la clinique du Dr Jousset. Mais, vu l'heure avancée, cet ordre du jour est renvoyé à la prochaine séance, et la Société se sépare.

CLINIQUE DE L'HOPITAL ST-JACQUES

(SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE 1886)

(Service de M. PIEDVACHE).

—

SOMMAIRE : Mal de Bright dans la phthisie. — Toux coqueluchoïde. — Pleurésie purulente : thoracentèse et empyème ; indications de l'aconit dans la pleurésie et l'hydropneumothorax. — Sarcome utérin et symptômes d'ictère grave.

Le 1er septembre, j'ai trouvé dans les salles 25 malades. Il en est entré 79 pendant le trimestre, et j'ai laissé, en quittant le service, 28 lits occupés. Sur ce total de 104 malades, je retiens pour la *statistique* (et il n'existe aucune autre manière de procéder rigoureusement) ceux qui sont sortis ou morts pendant cette période de trois mois : soit 12 morts et 62 sorties, total 74. La mortalité qui m'incombe est, par con-

séquent de 16,22 pour 100, c'est-à-dire considérable. Comment résister à l'usage consacré d'en rejeter la faute sur la nature des causes de décès ?

Ceux-ci, en effet, se décomposent ainsi : 4 phthisies pulmonaires ;

1 pleurésie purulente chronique, après empyème;
3 cachexies cardiaques ;
2 cancers utérins ;
1 cancer du sein récidivé en cuirasse et généralisé ;
1 polype naso-pharyngien opéré.

On voit qu'il n'y a aucun cas de maladie aiguë, et sur ces 12 cas, 10 étaient entrés à la période cachectique de leur maladie, dans un état tout à fait au-dessus des ressources de l'art (1). Mais cette concession faite à l'usage de se disculper de toutes les statistiques, nous ne considérerons que la verité vraie, et nous dirons : deux de nos morts auraient pu être évitées, ainsi qu'on en jugera par la suite, l'une en n'opérant pas le malade, l'autre en l'opérant plus tôt ; et c'est pour cela que notre statistique nous semble très lourde. D'un autre côté, il est équitable d'avouer que si nous n'avons pas eu de morts par suite de maladies aiguës, c'est que d'abord celles-ci ont été rares, et qu'aussi bien elles n'ont point offert une réelle gravité. Voici d'ailleurs le tableau des malades sortis durant le trimestre :

(1) Sur les 12 morts, 4 étaient entrés pendant le trimestre qui précède le mien, à savoir : deux phthisiques, la pleurésie purulente et un des deux cancers utérins.

MALADIES	NOMBRE de cas	ETAT à la sortie.	MOYENNE du séjour.
Fièvre typhoïde	4	Guérison	27 jours
Erysipèle de la face	1	id.	16 —
Pleurésie aiguë	1	id.	26 —
Coqueluche	1	id.	32 —
Bronchite catarrhale aiguë	1	id.	10 —
Ictère simple	1	id.	5 —
Fièvre synoque	7	id.	7 —
Dyspepsie	2	Amélioration.	15 —
Hystérie	2	Etat stationn.	22 —
Chlorose	1	Amélioration.	14 —
Vomissements nerveux	1	Guérison.	22 —
Aphonie nerveuse	2	id.	12 —
Cardiaques	4	Amélioration.	23 —
Phthisie pulmonaire	2	id.	33 —
Hémiplégie ancienne	1	id.	50 —
Paraplégie	1	id.	32 —
Paralysie générale(sans alié.)	1	id.	90 —
Métrorrhagie	1	Etat stationn.	4 —
Pelvi-péritonite chronique	1	id.	8 —
Métrite chronique	1	id.	2 —
Tumeur maligne des ovaires	1	id.	4 —
Rétrécissem. de l'œsophage.	1	Dilaté.	4 —
Cirrhose du foie; ascite (pon.)	1	Aggravation.	8 —
Lombago	1	Guérison.	9 —
Saturnisme chronique	1	id.	15 —
Sénilité	1	Aggravation.	94 —
Grossesse normale; accouch.	1	Guérison.	19 —
Eruption pathogénétique de			8 —
l'*arnica*	1	id.	—
Furoncles	1	id.	17 —
Bubon inguinal suppuré	1	id.	13 —
Cystite chronique	1	Amélioration.	9 —
Testicule tuberculeux	1	id.	15 —
Rétrécissement de l'urèthre.	2	Guérison.	50 —
Polype du larynx	1	Etat stationn.	103 —
Luxation scapulo-humérale.	1	Guérison.	35 —
Arthrite sèche du genou	1	Amélioration.	22 —
Tumeur bl. du genou (rés.).	1	Guérison.	238 —
— du coude (id.)	1	Voie de guér.	288 —
Coxalgie (phthisie)	1	Etat stationn.	2 —
Epithélioma de la face (inop.)	1	Aggravation.	9 —
Syndactilie cicatricielle (op.)	1	Guérison.	10 —
Ankylose du coude (rupture)	1	Amélioration.	34 —
Abcès du canal de Nuck	1	Guérison.	6 —
Kyste post-auriculaire (ext.)	1	id.	4 —
Cataracte ; opération	1	id.	13 —
Division congénit. voûte pal.	1	Echec, opérat.	43 —
Plaie contuse de l'œil gauch.	1	Guérison.	5 —
Epulis (extirpation.)	1	id.	7 —
Kyste parovarique(inj. iodée)	1	id.	30 —

Il n'est que juste de commencer par nos revers, toujours plus instructifs que les succès. Des quatre cas de mort par phthisie pulmonaire, nous en retiendrons un fort intéressant, quoiqu'il réponde à un ordre de faits très connus.

Obs. I.

Phthisie pulmonaire et mesentérique chez une adulte. Néphrite parenchymateuse.—Diarrhée incoercible.

Madame Hervier (Louise), multipare, âgée de 27 ans, était nourrice, lorsqu'elle est tombée tout à fait malade. Mais elle aurait eu, l'année dernière une bronchite aiguë après ses couches, au mois de mars dernier, une rechute avec toux coqueluchoïde, alors qu'un de ses enfants était atteint de la coqueluche. C'est à cette époque que l'amaigrissement se serait prononcé, en même temps qu'apparaissaient des sueurs nocturnes. D'ailleurs, depuis son enfance, elle s'enrhumait facilement ; son père, ses deux sœurs sont morts phthisiques.

Elle est entrée le 18 août au n° 9 de la salle des femmes, accusant des symptômes d'invasion toute nouvelle : coliques, vomissements bilieux, diarrhée, mais se plaignant encore, avant tout, de sa toux qu'elle appelle toujours sa coqueluche.

M. le Dr Tessier lui a donné successivement ipéca, pulsatilla, china alterné avec arsenic.

Au 1er septembre, je la trouve dans l'état suivant : légère bouffissure de la face, œdème modéré des jambes ; amaigrissement considérable, décoloration des

téguments. La diarrhée persiste, très séreuse. Ventre ballonné, douloureux à la pression profonde. L'urine contient beaucoup d'albumine lourde et floconneuse. Toux quinteuse pénible. Expectoration peu abondante, panachée, non nummulaire. A l'auscultation, râles généraux, sibilants et muqueux des deux côtés. Cependant, la malade se plaint d'une dyspnée considérable, et le poumon droit appelle particulièrement notre attention. On y constate, en effet, en arrière, un foyer de gros râles humides, véritables craquements, avec une inspiration manifestement soufflante. Le siège de ce foyer est à la partie moyenne et dans la fosse sous-épineuse. Le sommet correspondant ne fait entendre, au contraire, que quelques craquements secs peu abondants. Ajoutons enfin qu'il existe une fièvre vespérale marquée de 38° à 39° le soir, et que les sueurs n'ont pas disparu, malgré la diarrhée. Notons enfin une céphalalgie médiocre, par périodes irrégulières.

Il s'agissait, comme on peut s'en rendre compte, d'un cas difficile.

Nous n'avions point affaire à une albuminurie légère et négligeable, mais vraisemblablement à une véritable maladie de Bright, quel que fût le caractère de la lésion rénale. N'est-ce pas une forme d'urémie à marche lente que cette diarrhée séreuse résistante, survenue en même temps que des vomissements bilieux, que des maux de tête passagers et paroxystiques ? La bronchite généralisée, cette dyspnée qui semble lui être disproportionnée ne sont-elles pas également symptomatiques du mal de Bright ?

Oui, il est certain qu'on ne peu douter d'un processus brightique fort étendu. Mais il ne faut oublier non plus ni le début de la maladie par des bronchites répétées, ni les antécédents de famille, ni l'existence d'un foyer très suspect dans le poumon droit, foyer dont le siège en dehors du sommet ne peut être une objection. Aussi bien, le ventre est très sensible au palper. Ne sommes-nous pas également en présence d'une tuberculisation abdominale ? Ce dernier point est véritablement intéressant ; car il surgit encore une autre interprétation de la diarrhée. S'il est en effet classique de voir des phthisiques prendre très souvent la physionomie des brightiques, le fait n'est-il pas lié le plus souvent, et de beaucoup le plus souvent, à la dégénérescence amyloïde des reins .Celle-ci ne coïncid et-elle pas fréquemment aussi avec des lésions amyloïdes de l'intestin débutant par les vaisseaux et dont le résultat est précisément une diarrhée incoercible ?

C'est cette dernière opinion que nous avions d'abord embrassée, avec toutes les réserves que comportait, bien entendu, l'obscurité de la situation. Mais la suite de l'observation (qu'il serait par trop fastidieux de donner jour par jour), nous ramena, à la fin, à la pensée d'une évolution tuberculeuse abdominale, parallèle à une évolution pulmonaire qui ne s'est point arrêtée jusqu'à la mort.

Pendant que se creusait, sous notre oreille, une caverne derrière l'omoplate droite, et que l'expectoration prenait des caractères correspondants, le ventre plus affaissé devenait de plus en plus douloureux ;

sa consistance se faisait très inégale, et il n'était pas difficile d'y sentir plusieurs grosses bosselures. Les garde-robes toujours très nombreuses, parfois dysentériformes, plus souvent séreuses, donnaient un dépôt muqueux très épais et d'aspect puriforme. Les vomissements bilieux, avec les accès de céphalalgie, se répétaient à des intervalles divers. Il s'y joignit quelques frissons intenses et très espacés, suivis d'une surélévation passagère et considérable du thermomètre.

Quant à l'albuminurie, elle atteignit rapidement un chiffre excessivement élevé, tel que le dosage en devenait impossible, et ce chiffre ne subit qu'une diminution insignifiante dans les jours qui précédèrent la mort. Le dépôt dans le tube d'Esbach remplissait encore, au bout de 24 heures de repos, la capacité presque tout entière, où il se divisait en deux couches inégales ; une inférieure, occupée par de l'albumine très condensée ; une supérieure par de l'albumine beaucoup plus légère et d'une teinte beaucoup moins mate ; la séparation des deux couches était nettement tranchée par une ligne horizontale.

A la fin, l'anasarque était générale et excessive. On observait un peu de subdélirium nocturne, et des accès de dyspnée qu'il était impossible de ne pas rattacher à l'urémie, mot sous lequel nous décrivons, faute de mieux, la série nombreuse et les formes diverses des accidents brightiques, sans nous rattacher à aucune théorie pathogénique. La mort arriva ainsi le 5 octobre, avec des eschares.

Notre traitement avait donc été complètement

vain, bien qu'il soit bon de dire que, soit coïncidence fortuite, soit effet thérapeutique, la diarrhée avait un instant diminué, pendant que l'on donnait, en les alternant, *l'arsenic* et *l'acide phosphorique*, à la troisième atténuation. Nous ne pûmes ensuite obtenir quoi que ce soit ni de l'un ni de l'autre, bien qu'ils fussent indiqués tous les deux, tant par la diarrhée et ses caractères particuliers que par l'albuminurie. *L'acide phosphorique*, *Tartarus* à diverses doses, *Rheum* T. M., *China* T. M., *Argentum nitric.*, *Cotoïn*, *Opium* se montrèrent tout aussi inefficaces.

L'AUTOPSIE a été pratiquée le lendemain de la mort. *Poumons.* — Le gauche n'offre que de la congestion hypostatique à la base. Le droit, au contraire, est creusé d'une caverne assez vaste pour contenir un gros œuf de dinde, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'organe, dont les trois lobes sont intimement soudés, en même temps qu'adhérents à la paroi costale. La caverne affleure la surface postéro-latérale ; elle est remplie de pus et de matière caséeuse jaunâtre ramollie, en voie d'élimination. Le sommet du même poumon ne laisse voir que quelques petits tubercules isolés, gros chacun comme des têtes d'épingle. Pas de traces d'anciens foyers, ni de cicatrices.

L'*intestin* grêle, pas plus que le gros, ne nous permettent de constater d'infiltration tuberculeuse, ni d'ulcération ; leur paroi est plutôt amincie. Mais le péritoine contient environ un litre de liquide ascitique jaune pâle, et nous trouvons dans le *mésen-*

tère trois *ganglions tuberculeux*, gros comme des œufs de pigeon, de surface inégale et bosselée. A la coupe, on les voit criblés de petits foyers contenant une matière caséeuse grisâtre. Çà et là, dans le mésentère, un certain nombre de ganglions beaucoup plus petits, mais manifestement tuberculeux. Le grand épiploon est parsemé de fines granulations et en même temps très injecté. Il adhère sur ses deux faces par quelques traînées fibrineuses toutes récentes.

Les *reins* sont seulement, tous les deux, un peu plus gros qu'à l'état normal ; mais ils sont remarquablement lourds, globuleux, lisses, et leur surface est d'une couleur blanchâtre tirant sur le jaune sale ; leur capsule ne s'enlève qu'en arrachant une couche de substance corticale. La coupe en offre un aspect lardacé, jaunâtre, non granuleux, parsemé de gouttelettes brillantes de graisse ; la distinction des substances y est malaisée et les pyramides sont mal délimitées. Le tissu, d'ailleurs, est très ramolli et le scalpel ramène, par le grattage, une sorte de bouillie grisâtre. Ces organes n'ont été soumis qu'à un examen histologique superficiel, mais suffisant, pour affirmer la lésion de la néphrite parenchymateuse classique du gros rein blanc avec prédominance de granulations graisseuses. Aucune trace de corpuscules amyloïdes.

Le *Foie* a subi un commencement de stéatose. Lui non plus n'est pas amyloïde. Rien à noter dans les autres organes.

Nous sommes maintenant en mesure de reconstituer en partie la marche de la maladie :

Prédisposition héréditaire à la tuberculose ; rhumes fréquents dans l'enfance et la jeunesse, peut-être quelques autres manifestations scrofuleuses superficielles ; début probable après le dernier accouchement. Si L.-H. a réellement eu la coqueluche en mars, celle-ci a joué un rôle aggravant, sinon déterminant. Quoi qu'il en soit de la date des premières déterminations tuberculeuses sur le poumon droit, nous sommes beaucoup moins avancés sur l'époque probable de l'invasion de l'affection brightique. L'œdème a précédé de bien peu l'entrée dans les salles ; mais il n'est pas un symptôme du début et les réactions de l'urine n'avaient pas été recherchées auparavant. La coqueluche aurait-elle été une occasion déterminante de l'albuminurie, ainsi qu'il en existe quelques exemples ?

Dans l'impossibilité d'être fixé sur ces divers points qui ont trait au mode d'invasion connexe de la diathèse tuberculeuse et de l'albuminurie brighique, l'intérêt se concentre sur l'évolution si rapide des accidents de la dernière période, la seule qu'il nous ait été donné d'observer personnellement. Les deux processus ont évolué parallèlement. Il ne s'agit, en un mot, ni d'une phthisie stationnaire qui cède la première place à la maladie de Bright devenue maîtresse de la place, comme on en voit quelques exemples, ni d'une tuberculose à marche plus ou moins rapide, laquelle reléguerait au second plan une albuminurie d'importance secondaire. Ce qui est remarquable et

qu'il faut retenir, c'est qu'en quelques semaines, une caverne s'est creusée et étendue dans le poumon, le mésentère s'est rempli de ganglions tuberculeux, l'épiploon a subi une poussée granuleuse, en même temps que l'albumine filtrait chaque jour davantage de reins de plus en plus altérés, et que les accidents urémiques, sous une forme presque exclusivement abdominale, conduisent à un dénouement d'une rapidité exceptionnelle.

Assurément on ne peut douter que la plus grande part, dans cette fin précipitée, revient à l'affection brightique. Nous dirons même qu'après avoir suivi, jour par jour, la malade avec le plus grand soin, nous considérons la diarrhée incoercible — symptôme auquel était dévolu le rôle principal — comme étant incontestablement urémique. Le syndrôme urémie pouvait encore réclamer la céphalalgie paroxystique et les vomissements, voire même une part dans les accès de dyspnée. Mais la diathèse tuberculeuse n'a pas abdiqué un instant, affectant une marche presque aiguë, et imprimant la même évolution précipitée à la complication qu'elle avait fait naître. Processus multiple ; évolution unique : c'est l'unité de la maladie dans la multiplicité de ses manifestations.

La subordination de la maladie de Bright à la tuberculose, comme à d'autres maladies cachectisantes, est un fait trop classique pour que j'aie à le rappeler : j'avais récemment, à l'asile de Bon-Secours, dans la même salle et au même moment, trois tuberculeux brightiques. Cependant, la lésion rénale est alors très variable. La plus fréquente est la dégénéres-

cence amyloïde : vient ensuite la néphrite interstitielle et enfin la néphrite parenchymateuse qui, d'après la statistique de Bernheim et Dickinson, n'est associée que 7 fois sur 100 à la phthisie pulmonaire ; mais Bartels a insisté sur l'étiologie tuberculeuse possible de cette forme de néphrite. C'est celle-là même que l'autopsie de notre malade a révélée. La diversité des lésions nous est une raison de plus de ne pas identifier la néphrite avec l'affection brightique, seul terme dont nous ayons voulu nous servir dans notre exposition.

Ce n'est pas seulement pour éviter de prendre parti entre les solidistes, qui enseignent la priorité de la lésion rénale, et les humoristes qui soutiennent celle de l'altération des albumines du sang. Une autre raison nous inspire, c'est qu'une affection, aussi bien qu'une maladie, qu'un état morbide quelconque, ne consiste ni dans une lésion ni dans des symptômes, mais est *l'état* d'un homme qui présente à l'observateur un ensemble défini, une coordination, suivant certaines lois, de lésions et de symptômes déterminés, et évoluant d'après des règles qu'il faut s'efforcer de connaître. En un mot, il importe au plus haut point de ne pas confondre le malade avec les désordres que nous constatons en lui, sous prétexte que ceux-ci sont la seule chose que nous puissions voir.

C'est aussi bien parce que la maladie n'est pas un être, une entité, mais l'état d'un malade qu'il convient d'envisager, après l'avoir analysé, l'ensemble d'une maladie chronique. Celle dont nous parlons

n'est donc ni une tuberculose, ni une maladie de Bright. Elle doit pouvoir être définie cependant, comme toute maladie chronique. C'est une maladie constitutionnelle et elle s'appelle la *scrofule* qui comprend la tuberculose, mais ne se résume point en elle, un grand nombre d'états morbides s'y rattachant, les uns précoces, les autres propres à la période cachectique.

Rarement l'histoire d'un tuberculeux, arrivée à sa conclusion fatale, se résumera dans le seul tubercule. Là, qu'on y prenne bien garde, la théorie microbienne est nécessairement en défaut, parce que le microbe ne saurait nous rendre compte, en aucune façon, de processus aussi divers que la phthisie pulmonaire et le mal de Bright. Heureusement que la clinique nous permet de rattacher les deux processus à une cause unique, laquelle se concrète, je le répète, en une maladie constitutionnelle transmissible, la scrofule. Et celle-ci n'est pas une entité, un être subsistant *per se*, pas plus qu'une collection d'êtres microscopiques venus du dehors, toute maladie n'étant qu'une conception métaphysique nécessaire.

Il faut que les tenants du parasitisme en prennent leur parti. S'ils semblent quelquefois avoir beau jeu dans les maladies aiguës, les chroniques leur preparent des obstacles difficiles à vaincre. Pas plus que la scrofule ne se résume dans le tubercule ou, pour parler exactement, dans la diathèse tuberculeuse, la syphilis tertiaire ne se résume à son tour dans la gomme. On connaît les gommes du rein. Mais notre ancien et savant collègue, M. Mauriac, vient de si-

gnaler (*Arch. gén. de méd.*, 1886) la fréquence de la néphrite parenchymateuse vulgaire dans la syphilis constitutionnelle dont elle est, on peut l'affirmer maintenant, une affection positive, et il en a rassemblé un très grand nombre d'exemples. N'y a-t-il pas complète analogie avec ce qui se passe chez les tuberculeux ?

Lors donc qu'on a reconnu un mal de Bright, on n'a fait qu'une partie du diagnostic, et la seconde partie de la tâche du clinicien consiste à savoir si ce mal est symptomatique d'une maladie constitutionnelle, et à laquelle d'entre elles il doit être rattaché.

Un mot encore de ce diagnostic. Reconnaître l'affection brightique ne pouvait, dans notre cas, offrir aucune difficulté. On pouvait simplement hésiter sur la forme anatomique de la néphrite, et notre propre supposition était erronée. Mais on aurait pu, lors de l'entrée de la malade, méconnaître la maladie maîtresse, la phthisie en l'espèce, et ainsi ne pas rapporter le processus brightique à sa véritable filiation, à cause surtout d'une circonstance importante à noter : je veux parler des râles bronchiques généraux qui dominaient à l'auscultation de la poitrine. Il s'agissait, à n'en pas douter, de bronchite brightique, et l'on connaît à cet égard l'intéressant travail de Lasègue (*Arch. gén. de méd.*, juin 1879). Non seulement cette bronchite peut acquérir un développement assez considérable pour rendre très difficile la constatation d'un foyer tuberculeux, mais c'est précisément le médecin instruit et au courant de ces faits qui, rattachant à juste titre la bronchite au brightisme, sera

plus exposé peut-être à méconnaître les tubercules.

La diarrhée constituait, si on voulait l'interpréter utilement, une nouvelle difficulté de diagnostic : devait-elle être rapportée à la tuberculose ou au brightisme ? Nous avons donné, dans le cours de l'observation, tous les détails nécessaires à la discussion, et nous ne pourrions que nous répéter en insistant.

J'ai pensé que quelques explications étaient nécessaires sur notre très intéressante malade, et l'on m'aura pardonné d'avoir été un peu long.

Parmi les phthisiques qui sont sortis durant mon trimestre, je n'en retiendrai qu'un seul pour arrêter un instant notre attention sur un symptôme : la *toux coqueluchoïde*. Elle est très bien connue, comme phénomène d'une période avancée de la consomption pulmonaire, surtout au point de vue du traitement dont la droséra et la ciguë sont les deux principales ressources ; mais elle l'est moins comme symptôme précoce. L'observation suivante a donc quelques chances d'être bien accueillie.

Obs. II.

Phthisie au début : toux coqueluchoïde expectoration albumineuse.

A. C., 28 ans, est entré le 15 septembre au n° 7 de la salle des hommes. Il est bien connu à Saint-Jacques pour y avoir été traité avec succès, il y a plus d'un an, d'une hydarthrose chronique du genou gauche, et depuis ce temps je n'ai cessé de le suivre à la con-

sultation d'un de nos dispensaires. Dans tout cet espace de temps, je ne l'ai pas entendu tousser une seule fois. Cependant, il s'enrhumait facilement et je crois, en outre, que ses antécédents de famille sont suspects. D'ailleurs, c'est un scrofuleux.

Aujourd'hui il n'y a pas plus de quinze jours qu'il tousse : les quintes, qui ne lui laissent pas cinq minutes de repos, ressemblent à des quintes de coqueluche, sont parfois suivies de vomissements alimentaires, mais surtout redoublent d'intensité la nuit, avec un caractère spasmodique des plus pénibles, et une complète insomnie. Il n'y a pas de fièvre, et l'on n'en a jamais constaté au thermomètre pendant les 15 jours de séjour. Aucun amaigrissement, mais inappétence. L'auscultation donne un résultat négatif : pas de râles bronchiques, rien de saisissable aux sommets. La toux procède nettement d'une sensation de chatouillement et de cuisson au larynx et à la trachée ; elle est suivie d'une énorme expectoration de liquide transparent, filant, ressemblant à du blanc d'œuf cru, en telle quantité que le crachoir assez vaste ne suffit pas pour les 24 heures.

Avons-nous affaire à la coqueluche? Ceci n'est rien moins que probable. A. C. est marié, il a un petit enfant qui ne tousse pas. Il n'a pas eu de bronchite initiale, je puis l'affirmer, l'ayant vu au dispensaire dès les premiers jours de l'invasion. Etant donné ce qu'on appelle aujourd'hui si improprement la nature du terrain, je crains l'invasion de tubercules pulmonaires, dont il est impossible que l'oreille la plus fine perçoive dès aujourd'hui les signes stéthoscopi-

ques. Toutefois, l'existence d'une trachéite grippale simple n'est pas invraisemblable.

Avant l'entrée, *l'ipéca* (1re tr. 1/10) a été employé sans résultat utile. Guidé par la nature et l'abondance de l'expectoration, nous donnons *ars. alb.* (3e tr.) 0,10, et *bellad.* (1re) pour la nuit.

16 *sept.* — Aucune modification. Id. pour le jour ; *hyosc.* (1re) la nuit.

17 *sept.* — Toux nocturne plus supportable. Crachats non modifiés. *Ars. alb* (2e tr.) jour et *hypose* (1re) nuit.

23 *sept.* — Notable amélioration. Le malade dort, en se réveillant plusieurs fois la nuit. Quintes plus nettement coqueluchoïdes encore qu'au début, d'un timbre plus gras cependant, mais plus espacées. Quant à l'expectoration, elle est absolument stationnaire, en dépit de l'arsenic, tant comme aspect que comme quantité. Appétit meilleur ; *hepar sulph.* (3e tr.) 0,10, alterné jour et nuit avec *drosera* (3e).

25 *sept.* — État stationnaire. Drosera ne faisant manifestement rien, nous revenons à *hyosc.* (1re) pour la nuit, qui donnait plus de repos et était d'ailleurs toujours indiqué par l'aggravation nocturne et par le décubitus dorsal.

27 *sept.* — Nous avons gagné sous le rapport de la toux, de l'appétit et du sommeil ; mais les crachats n'ont subi aucune espèce de changement, ayant conservé toute l'abondance du premier jour. *Térébenth.* 1re décimale, 10 gouttes.

30 *sept.* — L'expectoration tend à diminuer, et le malade, amélioré généralement, demande sa sortie,

pour reprendre son travail. Mais, à ce moment, le sommet gauche présente quelques modifications des phénomènes stéthoscopiques normaux : inspiration un peu plus faible et un peu plus basse, avec légère rudesse. Ce sont des nuances : mais comme nous les avons vues naître sous notre oreille chaque jour attentive, ces nuances ont pour nous une valeur considérable.

J'ai continué à suivre A. C. au dehors, car il est très soigneux de sa santé et soucieux de se guérir. Il a maigri tout en mangeant bien. Quelques craquements secs ont pu être perçus sous la clavicule gauche, en même temps que l'inspiration baissait d'intensité et de ton. La lésion s'est ainsi accentuée jusqu'au milieu de novembre. Cependant, actuellement, fin de décembre, il y a une notable amélioration de l'état général des forces, de la toux et des signes physiques, qu'il m'est permis d'attribuer à *conium mac.* dont il a fallu abaisser la dose juqu'à la teinture-mère. J'aurais pu le donner plus tôt, bien que ce soit un médicament qui, en pareille circonstance et je ne sais pourquoi, semble plutôt réussir quand les autres ont échoué. Il est du reste plus souvent indiqué dans les dernières périodes de la phthisie qu'au début.

Quoi qu'il en soit, j'ai cité ce fait, parce que ce mode d'invasion de la phthisie est moins connu que beaucoup d'autres, et qu'il est très important d'être sur ses gardes, d'être excessivement réservé dans son pronostic, lorsque l'on voit, même sans fièvre, un sujet prédisposé affecté d'une toux coqueluchoïde

rebelle, résistant à tout, avec l'expectoration que j'ai décrite, alors que les bronches ne sont point envahies et que l'auscultation reste fruste.

Si j'ai tenu à insérer cette observation à la suite de celle de notre brightique, c'est que celle-ci a accusé la coqueluche d'avoir marqué le début de sa maladie. Qui nous prouvera qu'il ne s'agissait pas d'une toux coqueluchoïde semblable à celle de notre obs. II ? Cette forme de début peut être le signal d'une marche assez rapide, quoiqu'elle semble être tout d'abord apyrétique ; mais il n'est pas dit que la thérapeutique restera toujours impuissante, et en ce qui concerne A. C., nous n'avons pas renoncé à tout espoir de guérison.

Obs. III.

Pleurésie devenue purulente : deux thoracentèses ; empyème in extremis.

Buchot (Louis) 44 ans, entré le 31 juillet, lit n° 12 de la grande salle, a déjà été suivi par M. le Dr Tessier. Il a subi, dans le mois d'août, une première ponction, laquelle nous a fait voir que l'épanchement était séro-fébrineux, et qu'il était enkysté à la partie antérieure et latérale de la cavité pleurale droite.

Son père, suivant son dire, est mort asthmatique, sa mère phthisique. Depuis trois années, il est souvent pris de diarrhée ; il y a maintenant six semaines qu'il garde le lit, avec des alternatives de diarrhée.

Le malade ne s'est pas rétabli. Ainsi, la dyspnée a rapidement reparu ; le pouls est très fréquent (ordinairement 120 puls., même le matin) ; la température, procédant par grandes oscillations, monte le soir à 39° et au-dessus. Nous nous assurons, dans la première quinzaine de septembre, que l'épanchement s'est largement reproduit. *Bryone* T. M., *Aconit* à la même dose, *Hépar* aux trois premières triturations, successivement mis en usage, ne donnent pas de résultat appréciable ; mais nous nous reprochons et nous dirons tout à l'heure pourquoi, de ne pas avoir insisté plus de huit jours sur l'aconit.

A la fin de septembre, ayant posé la question d'une nouvelle ponction, nous la résolvons par la négative, pour la raison que la présence de tubercules nous semble rendue très probable par l'étude de la courbe de température et de l'état général du malade. Il n'y a ni frissons, ni sueurs profuses, mais de la diarrhée, de sorte que la transformation purulente de l'épanchement, qui aurait décidé de l'intervention chirurgicale, paraît très problématique. Le traitement de Martiny est alors institué et continué une quinzaine de jours, sans le plus léger résultat favorable ; puis l'*Arsenic* (6e) est donné jusqu'au 23 octobre, jour où nous décidons une seconde thoracentèse.

C'est ainsi que l'amaigrissement a fait des progrès effrayants, que, depuis plusieurs jours, sont apparus des frissons irréguliers, ainsi que des sueurs profuses alternant avec de la diarrhée. Des accès de suffocation répétée nous forcent d'ailleurs d'interve-

nir. Nous retirons, avec l'appareil aspirateur de Potain, deux litres exactement d'un liquide café au lait qui, mis dans une éprouvette, laisse déposer rapidement une couche assez haute de globules purulents (ainsi qu'on s'en est assuré au microscope). Mais ce n'est pas du pus lié, tant s'en faut, et nous pouvons toujours croire que la transformation purulente du liquide ne remonte pas à une époque éloignée. Répétons, en passant, cette remarque faite par tout le monde : l'étonnement que l'on éprouve en retirant une aussi grande quantité de liquide d'une poche enkystée.

Pendant le temps nécessaire à l'aspiration, Buchot souffre beaucoup et accuse une dyspnée angoissante devant laquelle nous renonçons à l'empyème immédiat que nous avions eu un instant l'intention de pratiquer. *Traitement* : *Aconit* et *Bryone* en T. M. ont été continués jusqu'à la fin.

Cependant, la dyspnée n'a été soulagée que quelques jours, le thermomètre ne s'est pas abaissé, et les forces déclinent. Chaque jour, je presse ce pauvre garçon de consentir à l'opération de l'empyème, et, devenu pusillanime par le souvenir de l'angoisse de la dernière ponction il me prie de remettre au lendemain. Bref, nous arrivons ainsi au 11 octobre, et l'on ne peut plus se dissimuler que la mort est imminente. Nous pratiquons donc, en toute hâte, une incision de 8 centimètres dans le 5e espace intercostal, à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs des arcs costaux, en rasant le bord supérieur de la 6e côte, et nous arrivons de suite à la cavité

pleurale. Il s'en écoule une énorme quantité de pus brunâtre d'une fétidité repoussante. La plèvre est soigneusement lavée avec de l'eau chloralisée. Mais aucune amélioration n'a suivi cette opération trop tardive, et le malade a succombé dans l'après-midi. L'autopsie a été refusée par la famille, à notre immense regret ; car il nous a été impossible de savoir s'il y avait, oui ou non, des tubercules pulmonaires. L'auscultation n'avait pu nous renseigner utilement à cet égard. Le sommet gauche était indemne ; mais à droite, la matité pleurétique et l'absence de tout bruit respiratoire remontaient jusqu'à la clavicule et à la fosse sus-épineuse, couvrant ainsi l'état impossible à reconnaître du poumon correspondant. Aussi le fait perd la plus grande part de son intérêt pratique. Tel qu'il est, il suggère toutefois un certain nombre de remarques, soit au sujet de la thoracentèse, soit par rapport au traitement médical.

Quand on est en face d'un épanchement purulent d'emblée, il n'y a guère d'hésitation possible. Les ponctions répétées, le drainage de la plèvre à travers des ouvertures faites au trocart donnent des résultats très inférieurs à la large ouverture de l'empyème qui seule permet un écoulement complet du pus et des lavages faciles. D'ailleurs, les chiffres donnés par M. Moutard-Martin ne laissent pas subsister de doutes. Mais une première ponction a fourni un liquide séro-fibrineux, et celui-ci se reproduit. Que faire ?

Les indications de la thoracentèse ont été données par mon éminent maître, M. P. Jousset, dans sa Clinique, avec la plus grande précision. Il y a d'abord

l'indication d'urgence, à savoir les menaces de suffocation ou de syncope. Il y a encore la persistance indéfinie de la collection malgré le traitement mis en usage. C'est cette dernière raison qui aurait dû hâter notre intervention. Que craignions-nous, en effet.

De hâter la transformation purulente que nous pouvions redouter à bon droit? Ce reproche a été fait aux thoracentèses répétées. Je sais que les idées régnantes sur l'antisepsie font rejeter théoriquement cette objection. Nous persistons cependant à croire qu'elle est fondée pour les ponctions trop rapprochées. Mais tel n'est pas le cas ici; nous ne parlons que des ponctions indiquées, après épuisement de la période de temporisation (armée de la matière médicale). Nous avons eu tort évidemment de trop attendre. puisque la transformation purulente s'est opérée. Du moment où elle pouvait être prévenue, ne devait-on pas espérer, par une intervention opportune, d'enrayer les conséquences fatales ? La suppuration pouvait être prévue, dans notre cas, surtout à cause de l'enkystement du liquide pleural, caractère qui appartient le plus souvent à la forme purulente de la pleurésie.

Devions-nous craindre (et telle a été la principale cause de notre découragement) l'inutilité de l'évacuation de liquide, en présence d'une tuberculisation probable ? L'objection est mauvaise, puisqu'il y avait doute, et que le malade devait bénéficier de cette incertitude du diagnostic. Elle est mauvaise encore, parce que l'existence de tubercules pulmonaires constatée n'exclut pas la thoracentèse. La preuve, c'est

qu'on a pu, dans certains cas, prolonger par ce moyen la vie de tuberculeux avérés.

Donc la seconde ponction aurait dû être hâtée. Rencontrant du pus, nous aurions fait facilement consentir le malade à un empyème en temps opportun. Nous l'aurions prolongé, ou peut-être même tiré d'affaire, s'il n'était pas phthisique.

Notre second regret est relatif au traitement médical. Nous n'avons pas tout d'abord insisté suffisamment sur l'aconit, et nous l'avons repris trop tard. M. le Dr P. Jousset a montré, dans ses *Éléments de médecine pratique*, le cas que l'on devait faire de ce médicament dans la pleurésie purulente, ou en train de le devenir. Dans sa *Clinique*, il a insisté, à diverses reprises, sur ce point de thérapeutique. Voici, du reste, un encouragement tout récent, dans le même sens.

Au moment où j'écris ces lignes, est couchée à l'*Asile Notre-Dame de Bon-Secours de Montrouge* (hospice et hôpital homœopathique fondé par M. l'Abbé Carton) une jeune fille de 23 ans, affectée d'*hydro-pneumothorax* du côté droit, causé par la perforation d'une petite caverne. Néanmoins, la phthisie est peu avancée, les forces digestives sont intactes. Il y a là, en un mot, les conditions de résistance voulues pour espérer une guérison, *même spontanée*, de l'accident, la marche ultérieure de la tuberculisation n'en devant pas être notablement accélérée.

De tels faits sont fréquents, et tout le monde en a observé. On ne pourra donc jamais dire, en pareille circonstance : un médicament, quel qu'il soit, est

la cause irréfragable, univoque de la guérison. Mais cela n'empêchera pas un observateur attentif de constater l'influence favorable du médicament, son action évidente dans le sens de la guérison prévue, mais non certaine. Comment ne pas penser, dès lors, que dans des cas où l'issue est douteuse, il ne viendra peser assez dans la balance pour la faire pencher du bon côté. Revenons à notre malade de Montrouge. Voici les notes qui me sont fournies par M. Sourice, interne du service.

Cette jeune fille n'a commencé à être malade qu'en septembre dernier, et a eu alors de petites hémoptysies. Ce n'est qu'à ce moment aussi qu'elle a commencé à tousser d'une manière suivie, d'une toux sèche, fréquente. Mais elle a continué à travailler jusqu'au 25 novembre, où un point de côté violent la contraignit de garder le lit. Elle accusa aussi immédiatement une dyspnée considérable, et fut prise de vomissements qui durèrent deux jours. Enfin, voyant son état s'aggraver, elle se décida à entrer à l'asile le 30 novembre.

Température à 39°8 ; pouls à 116. Face rouge et congestionnée. Dyspnée très anxieuse ; respiration très haute et précipitée, marquant environ 50 par minute. Le côté gauche du thorax est affecté d'un hydropneumothorax total : absence de murmure vésiculaire ; sonorité tympanique dans toute la partie supérieure ; matité complète à la base dans l'espace de quatre travers de doigt environ ; succussion hippocratique donnant un bruit de flot perceptible à une assez grande distance ; souffle amphorique écla-

tant, bruit d'airain, tintement métallique. Jusqu'au 7 décembre, nous faisons prendre *hepar sulf.* 2e trit. et *arsenic* (2e trit.,) sans constater aucun changement favorable, ni dans les troubles fonctionnels, ni dans les signes physiques. L'épanchement pleural liquide a notablement augmenté. La température s'est maintenue aussi élevée, avec des oscillations légères du soir au matin, où elle descend à peine à 39°. Les forces s'abaissent, et les nuits sont marquées par une insomnie complète, de l'orthopnée et un peu de délire tranquille, avec cauchemar et quelques hallucinations.

Le 8 décembre, très inquiet de la mauvaise tournure que semble prendre la maladie, nous prescrivons *aconit* T. M. , 20 gouttes. Le soir même, le thermomètre est en baisse de 5 dixièmes sur le matin, et la nuit est plus tranquille. Dès lors, la descente continue régulièrement, en échelons, s'élevant le soir de quelques dixièmes, si bien que le 15 (8e jour du traitement) la température est redevenue normale. Nous assistons à une amélioration parallèle de tout l'ensemble : disparition progressive de la dyspnée, diminution du liquide épanché, disparition du tintement métallique, etc..., retour du sommeil et réapparition de l'appétit. A Noël, l'état est aussi satisfaisant que possible, et nous ne doutons pas du rétablissement *temporaire* de la malade.

Nous n'irons pas jusqu'à dire qu'elle eût succombé sans l'aconit, la clinique montrant au contraire que la guérison d'un tel accident, à une période peu avan-

cée de la phthisie, est pour ainsi dire la règle. Mais ce qui est évident, d'une certitude absolue, c'est que l'amélioration et l'administration de l'aconit sont ici deux faits liés par un rapport indiscutable. Si quelqu'un en pouvait douter, qu'il veuille bien considérer ceci : douze heures ne s'étaient pas écoulées depuis que l'on avait commencé à donner l'aconit, que la température vespérale s'abaissait au-dessous du chiffre observé le matin même. Eh bien ! pareil fait n'était pas arrivé les jours précédents, ni ne se renouvela les jours suivants. N'est-ce pas absolument caractéristique ? Quelle démonstration veut-on plus évidente ? C'est l'évidence même.

Aussi bien l'aconit est un médicament capital, quoique trop oublié, de la pleurésie aiguë, de la purulence aussi. Il est, par conséquent, très bien indiqué dans l'hydropneumothorax aigu par perforation. Voici d'ailleurs les symptômes tirés de la pathogénésie hahnemannienne qui se rapportent le plus à la physionomie clinique de l'affection. (*Mat. méd. pure*, t. Ier) :

S. 253. — Anxiété, avec crainte de suffoquer (exp. due à *Redder*).

S. 277.—Anxiété dans la poitrine et oppression.

S. 281. — Anxiété qui coupe la respiration, avec sueur chaude au front.

S. 182 à 295. — Douleurs pleurodyniques, soit à droite, soit à gauche, lancinantes, traversant la poitrine, toujours anxieuses et accompagnées d'oppression et de suffocation.

Ajoutons, pour la pleurésie en général, à la simi-

litude de l'expression symptomatique l'analogie des lésions matérielles. Tout le monde sait, en effet, que des expériences sur les animaux ont permis de constater, parmi les effets de l'aconit, l'injection de la plèvre et un épanchement séreux dans sa cavité, comme on l'a d'ailleurs observé aussi pour l'arachnoïde et le péritoine.

Quant aux affections purulentes graves, surtout celles dont la marche est rapide et menaçante, ai-je besoin de rappeler que la grande efficacité de l'aconit ne relève que de la clinique expérimentale, et que la connaissance en est due à l'illustre et incomparable maître, J.-P. Tessier.

L'usage de l'aconit est traditionnel dans les phlegmasies aiguës, et cette croyance n'est pas exclusivement particulière à l'école homœopathique, puisque Cazin (*Plantes médicinales indigènes*) admet ses propriétés antiphlogistiques, tout en n'étant pas tendre pour ceux qui ont, à vrai dire, créé l'aconit (5e éd., 1886, p. 16). Je suis néanmoins convaincu que l'administration de l'aconit au début de toutes les phlegmasies n'a pas plus de raisons d'être que n'en avait la saignée. L'indication, si on lui donne cette extension, n'est plus une indication, et l'on ne se prépare que des mécomptes, ainsi que J.- P. Tessier l'a démontré pour la pneumonie. Si la pratique journalière, d'accord avec une induction logique, démontre que l'aconit ne convient pas à toutes les pleurésies, même à leur début, quelles seront donc les caractéristiques qui nous pousseront à l'employer dans la pleu-

résie aiguë, aussi bien que dans l'hydropneumothorax ?

Vous les trouverez dans le second volume des *Leçons cliniques* (p. 631) de notre cher maître, le Dr P. Jousset : fièvre très vive, température très élevée (ce qui, soit dit en passant, n'est pas le cas le plus ordinaire des pleurésies) ; agitation et anxiété (notez bien ce signe pour l'aconit) ; dyspnée excessive. Le remède convient, ajoute M. P. Jousset, au début et aux *retours fébriles intercurrents*.

S'il m'était permis d'ajouter à une voix aussi autorisée le faible appoint de mon expérience personnelle, je dirais que l'aconit, dans la pleurésie, doit être réservé aux cas qui se signalent par cette triode symptomatique : fièvre considérable (39° et au-dessus) et *persistante* (car dans les maladies aiguës il faut toujours abstraire la fièvre d'invasion, si violente soit-elle) ; anxiété extrême ; dyspnée excessive. Dans ces conditions, on a et on aura des succès. On en obtiendra encore lorsque, dans une pleurésie de forme commune, banale, la fièvre se prolonge au delà du terme ordinaire, sans que l'épanchement ait de tendance à diminuer. Souvent vous verrez alors, avec l'aconit, tomber à la fois la fièvre et l'épanchement.

Voici, au surplus, une observation de notre période d'exercice à Saint-Jacques qui vérifie une des indications admirablement posées par M. Jousset : *retours fébriles intercurrents*.

Obs. IV.

Garrolou (*Joseph*) entre le 7 septembre au n° 6 de la salle des hommes. Il a cessé son travail il y a une quinzaine de jours, à la suite d'un point de côté intense qui a progressivement cédé, au point d'être aujourd'hui presque nul. Il y a à peine de la dyspnée. Un épanchement séro-fébrineux occupe les 2/3 inférieurs de la plèvre droite en arrière, limité en haut par la courbe ordinaire et avec quelques frottements sous l'aisselle. T. S. 38°. (*Hepar sulf*, 3e trit.).

8 *sept.* — T. M. 37.5 ; T. S. 38.3.
9 » T. M. 37.3 ; T. S. 38.3.
10 » T. M. 37.2 ; T. S. 38.1.
11 » T. M. 37.2 ; T. S. 37.7.
12 » T. M. 37. ; T. S. 37.8.
13 » T. M. 38.3. Ainsi après quelques oscillations à type descendant, la fièvre se rallume, et cette ascension matinale n'annonce rien de bon. Cependant, l'épanchement tend à diminuer un peu, sous l'influence du foie de soufre calcaire. Il n'y a point eu de frisson. Je prescris immédiatement, pour répondre à l'ascension imprévue du thermomètre : *Aconit* (T. M.), 10 gouttes.

Le soir, la température s'abaissait à 37.7.

14 *sept.* — T. M. 37.3 ; T. S. 37.5
15 » T. M. 37. ; T. S. 37.5
16 » T. M. 37. ; T. S. 37.5

Inutile de continuer à donner les températures quotidiennes qui se maintiennent à la normale. Le 16, nous reprenions *hepar sulf*. Du 20 au 25, on ne cons-

tatait plus de liquide, et l'on donnait *sulfur* (30e), continué jusqu'à la sortie, le 2 octobre. La guérison était complète et le malade pouvait reprendre son travail.

En nous adressant à l'aconit dès les premières heures de la recrudescence fébrile, nous nous privions du temps d'observation nécessaire pour savoir si cette fièvre était un accès éphémère, ou le signe précurseur d'une évolution pleurétique nouvelle. Mais on n'a pas le droit d'expérimenter sur l'homme comme sur l'animal, et notre devoir était d'intervenir sans tarder. La suite ne nous en a pas fait repentir.

Quant à la dose, je donne, en pareil cas, la préférence à la teinture-mère, parce qu'elle est d'une action plus sûre et plus constante. C'est une donnée expérimentale et je ne saurais reconnaître d'autre criterium.

On a vu que nous donnions *hepar*, et ce serait abuser de la patience du lecteur que d'insister sur les indications qui lui sont propres dans la pleurésie et que je résume ainsi : épanchement modéré persistant, état peu aigu, à peine fébrile ou apyrétique ; peu de dyspnée et point de côté presque nul. Hépar est réclamé encore par les menaces de transformation purulente. Nous l'avions donné dans ce but à notre malade de l'*Obs*. II et nous n'avons plus à en parler.

Les deux *cancers utérins* que nous avons perdus n'ont pas offert un égal intérêt. Une seule autopsie a d'ailleurs été consentie, et c'est de ce cas que je dirai quelques mots, pour faire une fois de plus tou-

cher du doigt les difficultés d'un diagnostic exact, surtout quand les malades n'ont pas été suivis et qu'on est dépourvu de renseignements.

Obs. V.

Sarcome utérin ; hypertrophie du foie, signes d'ictère grave.

Madame *Blanche Burel* (34 ans) est apportée à Saint-Jacques le 24 octobre, dans l'état suivant. Demi-coma, aucune réponse précise, retombe dès qu'on cesse de l'exciter fortement. Ictère vert foncé. Diarrhée involontaire, foncée, excessivement abondante. Vomissement de toutes les boissons. Pas d'hémorrhagies. Le ventre, doué déjà d'embonpoint, est météorisé et très tendu. Le foie déborde les côtes de 5 à 6 travers de doigt, et il est tellement sensible à la pression la plus superficielle que l'idée nous vient d'un abcès possible du foie. En y regardant de près, il nous semble même que l'organe fait une notable saillie en relief à l'épigastre, qu'il occupe tout entier. Quant à l'exploration de l'hypogastre, elle est à peu près impossible.

Nous ne percevons rien de particulier à l'examen du cœur. Le pouls est très fréquent, petit et irrégulier. La température est un peu au-dessous de la normale. L'urine, involontaire, paraît très rare. On n'en a pas recueilli pour l'analyse. *Aconit* (T. M.) et *ars. alb.* (3e trit.) demeurent sans effet, et la malade succombe, deux jours après son entrée, dans le coma absolu, sans avoir eu de convulsions, sans avoir eu d'hé-

morrhagie. Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement commémoratif.

A l'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, nous trouvons le foie énorme, un des plus gros qu'il soit permis de voir, et il est à regretter qu'il n'ait pas été pesé. Sa douleur est foncée. Les coupes, qui laissent écouler beaucoup de sang, sont granitées brun et jaune rougeâtre, de consistance normale. On n'y aperçoit ni granulations, ni travées fibreuses : en un mot, l'organe avait l'apparence physiologique, sauf la couleur foncée et le volume excessif. La vésicule est à moitié remplie de bile, et elle ne contient pas de calculs, pas plus du reste que les canaux cholédoque et cystique. D'un autre côté, aucune trace d'une production néoplasique quelconque.

Mais le plus inattendu, c'est l'état de l'utérus. Il est gros comme la tête d'un enfant six mois après la naissance, sphérique, jaune, totalement dégénéré, sans qu'on puisse retrouver sa cavité. La coupe en est uniformément jaune grisâtre, très ferme. L'aspect est celui d'un fibro-sarcôme lobulé. Les ganglions pelviens ne sont pas atteints, et tous les autres organes, y compris les reins, sont sains, ne présentant du moins aucune particularité digne d'intérêt présent. Les uretères sont accolés à l'utérus ; mais ils ne sont point englobés dans le tissu malade, ni distendus à un niveau supérieur. L'examen histologique des pièces anatomiques, malgré notre empressement à les faire porter dans un de nos grands laboratoires spéciaux n'a pu être fait, et nous nous en consolons difficilement. Ainsi, l'affection de l'utérus a été méconnue

pendant notre trop courte observation, et, d'un autre côté, l'autopsie, pour purement macroscopique qu'elle ait été, nous laisse deux problèmes à résoudre, aussi intéressants qu'ils sont difficiles :

1° La malade a-t-elle réellement succombé aux accidents connus sous le nom d'ictère grave ?

2° Quelles sont les relations de ces accidents avec les lésions anatomiques constatées à l'autopsie?

1re *Question.* — En la posant, je commence par déclarer qu'elle n'est pas, dans mon esprit, complètetement résolue. Quelle différence y a-t-il, en effet, entre les symptômes que nous avons observés et la forme comateuse de l'urémie ? Aucune autre assurément que l'existence de l'ictère. Et, pour qu'on ne se méprenne pas sur ma pensée, je n'entends pas parler, en m'exprimant ainsi, de la question théorique, de l'opinion des auteurs qui ont cru pouvoir rapporter à l'urémie le mécanisme (pour emprunter leur langage) des accidents de l'atrophie aiguë du foie ; je n'ai en vue que notre malade. Supprimez l'ictère d'un coup de baguette, et immédiatement vous chercheriez quelles peuvent être les causes de l'urémie. Aussi bien, celle-ci ne pourrait-elle pas s'accompagner d'ictère.

2e *Question.* — Il est difficile de rattacher les lésions du foie à celles de l'utérus dans l'état actuel de nos connaissances ; et il faut convenir que le rapport nous échappe entre le sarcôme utérin et la cirrhose hypertropique du foie, ce dernier diagnostic étant toutefois posé provisoirement ; car, pour l'admettre avec certitude, il nous manque l'examen histologi-

que (1). En conséquence, nous ne pouvons qu'essayer de rapporter les accidents ultimes soit à l'état du foie, soit à l'état de l'utérus.

Il est vrai que la cirrhose hypertrophique peut se terminer d'une manière brusque par l'apparition de phénomènes suraigus analogues à ceux que nous avons vus, ainsi que j'en ai constaté autrefois un exemple fort remarquable : le syndrome *ictère grave* n'appartient pas, en effet, exclusivement à l'atrophie, aiguë. La seule objection possible — et elle serait loin d'avoir une grande valeur — consisterait à dire que l'affection hépatique, vu l'état du foie et celui de la sécrétion biliaire, ne semblait pas être parvenue au degré, à la phase avancée où les accidents éclatent d'ordinaire.

Il est non moins vrai, d'autre part, que les néoplasmes du corps de l'utérus sont fréquemment l'occasion de phénomènes urémiques, suivis de mort. Aran l'a montré pour le carcinome, et le sarcome utérin, le fibro-sarcome, pour mieux dire, est également une tumeur très maligne. On attribue la catastrophe tantôt à une néphrite, (le mal de Bright compliquerait également le cancer), tantôt à la compression des uretères. Chez notre malade, ces derniers ne nous ont pas paru comprimés, il n'y avait pas d'ailleurs d'hydronéphrose à un niveau supérieur. Les reins étaient sains, nous l'avons expressément noté.

(1) On sait qu'à l'inverse de la *cirrhose atrophique* vulgaire (cirrhose de Laënnec), la cirrhose hypertrophique s'accompagne toujours d'ictère, et presque jamais d'ascite.

Nous ne pouvons donc être fixés ; mais il faut avouer que la supposition d'un ictère grave occasionné par la cirrhose hypertrophique du foie reste la plus probable de toutes. On voudra bien convenir que le fait méritait quelque intérêt.

Cancer récidivé sur les ganglions bronchiques. — Polype naso-pharyngien. — Un mot sur six cardiaques. — Erysipèle curateur.

Je ne quitterai pas le sujet du cancer qui terminait mon premier article, sans mentionner un fait extrêmement intéressant de cancer récidivé sur les ganglions bronchiques. Il s'agit d'une malade que, en quittant le service, j'ai transmise à M. le Dr Jousset, et dont plus tard nous avons pratiqué l'autopsie.

Observation VI.

Madame Def... (Philomène), 43 ans, entrée le 22 octobre. Elle a subi, à deux reprises, il y a quelques années et à l'ancien hôpital Saint-Jacques, une amputation partielle du pied, pour une affection cancéreuse ayant débuté par le gros orteil, et plus tard, en raison d'une seconde récidive, la désarticulation sous-astragalienne, dans un autre hôpital. Le moignon est resté excellent, et il ne s'est produit aucune récidive du côté du membre. Mais depuis quelques mois, cette malade a éprouvé de la dyspnée, de la toux coqueluchoïde, puis des accès de suffocation, en même temps que la région sous-sternale devenait le siège de douleurs extrêmement vives et que l'a-

maigrissement se prononçait rapidement. Elle n'est pas syphilitique.

Ces accès de suffocation et la toux coqueluchoïde nous donnèrent immédiatement l'idée de l'envahissement du médiastin par une tumeur volumineuse et cette pensée était confirmée par deux circonstances : un certain déplacement, une semi-luxation de l'extrémité interne de la clavicule gauche, la présence dans le creux sous-claviculaire d'une tumeur ganglionnaire douloureuse au toucher et animée de battements isochrones au pouls manifestement transmis par l'accolement des grosses artères. Il est évident que ces ganglions du cou ne sont que l'extrémité d'une chaîne qui plonge dans le thorax. Si maintenant on considère l'amaigrissement rapide et déjà excessif, l'anorexie absolue, les douleurs aiguës, les antécédents, il n'est pas difficile de soupçonner que l'adénopathie du médiastin est de nature cancéreuse.

Ce n'est pas tout. La plèvre droite est le siège d'un épanchement liquide qui augmente sous nos yeux et arrive, au bout d'une semaine, à occuper la totalité de la cavité. Une ponction aspiratrice est faite au moyen de l'appareil Potain, mais ne donne qu'une petite quantité de liquide séro-albumineux : la plèvre n'est vidée que très partiellement. J'avoue que je fus étonné de ne pas voir de sang dans le liquide pleural, car je m'attendais à trouver ce signe habituel du cancer du poumon, et j'avais de fortes raisons de croire ici à l'envahissement du poumon droit par le néoplasme.

Il serait sans aucun intérêt de donner le détail de la suite de l'observation. Les douleurs devinrent intolérables au point de n'être qu'à peine soulagées par des doses énormes de morphine en injections sous-cutanées. Le bras gauche fut envahi par un œdème considérable, l'œdème dur et blanc, avec apparence chagrinée de la peau, qui est particulier aux obstructions lymphatiques. Plus tard, le corps s'infiltra tout entier, à l'exception de la face. Un fait assez singulier fut la diminution considérable du volume des ganglions du cou, lequel se réduisit à presque rien. Il ne se produisit que quelques crachats hémoptoïques insignifiants. N'oublions pas de mentionner la raucité habituelle de la voix qui, de temps en temps, se perd complètement.

L'*autopsie* a été faite le 5 janvier dernier et nous a a permis de constater les faits suivants :

La plèvre droite contient plus d'un litre de sérosité jaunâtre, sans fausses membranes. Le poumon correspondant est ratatiné et aplati, beaucoup plus encore par la tumeur médiastine que par l'épanchement ; mais il est sain dans toute son étendue, n'ayant été que refoulé et non envahi. Cependant l'énorme tumeur, beaucoup plus volumineuse qu'une tête de fœtus, lui est intimement adhérente, de même qu'elle est également unie au péricarde, aux gros vaisseaux dont il est très difficile de la séparer et au sternum qui est creusé et envahi par elle à sa partie supérieure.

La surface libre de la masse, celle qui n'est pas adhérente aux organes, a l'aspect d'une grappe de

raisin à grains très gros et inégaux : c'est un chapelet de ganglions d'aspect gris rosé, dont la coupe ressemble à celle du myxome, en laissant subsister la division en ganglions distincts, sphériques ou en amande. La partie adhérente, au contraire, constitue une masse unique dont la coupe rappelle beaucoup plus celle du carcinome type. L'examen histologique des pièces n'a pas été fait. Les troncs nerveux de la région se perdent dans la masse, où le temps nous a manqué pour les poursuivre. La bronche gauche n'est pas manifestement comprimée ; mais il n'en est pas de même de la droite qui est à peu près réduite, par la rétraction de la gangue où elle est plongée, au diamètre d'une plume de corbeau. Le foie est gras, tous les autres viscères sont sains d'apparence, de sorte qu'il est acquis que la production néoplasique, récidive d'un néoplasme osseux périphérique opéré autrefois, est restée limitée au seul système des ganglions bronchiques. On se rend bien compte que la mort n'a pas été le résultat uniquement de la cachexie, mais a été accélérée par la compression du poumon droit et de la bronche droite, la pleurésie qui en est résultée ; par la compression et la dégénérescence probable du pneumogastrique, d'où principalement les accès de suffocation et la toux coqueluchoïde du début ; par l'interruption des voies lymphatiques, l'oblitération possible de l'embouchure du canal thoracique et la compression des veines caves, d'où les œdèmes.

Dr PIEDVACHE.

(*A suivre.*)

A

CYCLOPŒDIA OF DRUG PATHOGENESY

PUBLIÉE SOUS LES AUSPICES DE

La Société homœopathique Anglaise et de l'Institut Américain d'homœopathie

PAR

RICHARD HUGHES, M. D. ET J. P. DAKE M. D.

Avec l'aide des Comités consultatifs suivants :

ANGLETERRE	ÉTATS-UNIS :
J. Drysdale, M. D.	*Conrad Wesselhoeft, M. D.*
R. E. Dudgeon, M. D.	*E. A. Farrington, M. D.*
A. C. Pope, M. D.	*H. A. Arndt, M. D.*

L'année 1886 a vu naître un ouvrage des plus importants de matière médicale, dû à nos infatigables confrères d'Angleterre et d'Amérique. Cette « encyclopédie » est le fruit d'un travail consciencieux et raisonné, dans lequel les auteurs, mettant à profit toutes les critiques auxquelles ont été sujets les divers ouvrages de matière médicale publiés jusqu'à ce jour, se sont efforcés de présenter à la profession un livre aussi complet que possible, et débarrassé de toutes les assertions douteuses et surtout non confirmées par l'expérience. Nous avons cru utile

(1) Londres, Gould and son, publishers, 59, Moorgate street, city, E. C.
New-York. Boericke and Tafel, 145, Grand street.

d'en donner ici un aperçu à nos lecteurs, en traduisant la préface et l'introduction qui figurent en tête du 1er volume. Vu l'étendue de cette introduction et le peu de place dont nous disposons, nous n'en donnerons que les passages essentiels.

PRÉFACE.

Dans l'introduction qui suit immédiatement, nous avons donné une relation complète sur l'origine, la nature et l'objet du présent ouvrage. Nous ne voulons ici qu'exprimer notre cordiale reconnaissance à nos divers confrères pour l'assistance qu'ils nous ont donnée dans le cours de notre travail. Les membres de nos comités consultatifs (parmi lesquels nous pleurons la perte de l'un d'eux, le Dr Farrington) ont toujours été prêts lorsque nous avons eu besoin de leur concours. Le docteur Dudgeon, en particulier, nous a été d'un précieux secours ; et nous lui devons toutes les traductions de l'allemand. Les autres collaborateurs spéciaux dans ce sens que nous avons à remercier, sont : le Dr Galley-Blackley, qui a traduit pour nous les pathogénésies des *Materialien* de Jörg ; le Dr Pullat, auquel nous devons la version des expérimentations autrichiennes de Bryonia ; le Dr J.-H. Clarke, auquel nous devons la majeure partie de notre argentum nitricum ; et le Dr Lloyd Tuckey, qui a fait un travail semblable pour notre Aurum et notre Camphora. En outre, nous devons mentionner avec reconnaissance les docteurs Edward Blake, Goldsbrough et Harring,

et un laïque, M. Raphaël Roche, de Londres ; M. Rean, de Brighton ; les docteurs Imbert-Gourbeyre et Guérin-Méneville, en France, le docteur Rubini, de Naples ; et les docteurs Ludlam, Mohr et Neidphard, des Etats-Unis.

En présentant aujourd'hui notre premier volume aux Sociétés Nationales qui nous ont autorisés ainsi à agir sous leurs auspices, nous espérons pouvoir continuer à compter sur leur aide et leurs encouragements.

Les Editeurs.

Juin 1886.

INTRODUCTION

« L'objet de l'art médical est la guérison des maladies. En poursuivant ce but, le praticien de cet art, le médecin enrôle à son service tous les agents qui s'adressent à la santé. Parmi ceux-ci, il y a les médicaments.

Les médicaments sont des substances prises dans l'un ou l'autre des règnes de la nature, et qui, administrées à une personne malade, modifient favorablement en quelque partie ou en entier son état morbide. On les découvre ou empiriquement ou rationnellement, et le mode rationnel d'arriver à eux est de conclure d'après leurs effets physiologiques.

Pour permettre d'arriver à de semblables conclusions, tous les traités de matière médicale consacrent de larges places à l'action des médicaments

sur l'organisme en santé, soit humain, soit des animaux.

Des considérations d'espace obligent leurs auteurs à le faire par voie d'interprétation seulement sommaire, quelquefois plus ou moins théorique. On conçoit que l'application rationnelle des médicaments aux maladies sera grandement complétée par la présentation en détail des expériences et des observations originales desquelles sont déduites nos connaissances de leurs pathogénésies. Le bénéfice est analogue à celui que l'enseignement clinique apporte au systématique en acquérant la connaissance de la maladie. Le dernier traite nécessairement de types et de généralités ; le premier remplit l'esquisse avec des exemples de toutes les variétés vivantes.

C'est sur les considérations ci-dessus, dessinées aussi brièvement que possible, que repose la base philosophique du présent ouvrage. Cependant, son origine actuelle et son but spécial demandent d'être traités au plus long. »

Ici les auteurs donnent un rapide résumé de l'historique des travaux de Hahnemann et les dates de ses principaux ouvrages, et continuent ainsi :

« L'impulsion ainsi donnée par Hahnemann n'a jamais perdu sa force dans l'école fondée par lui ; et même parmi les adeptes de la médecine traditionnelle, elle n'a pas été sans être ressentie, quoiqu'elle se soit trop souvent dépensée dans le champ relativement stérile de l'expérimentation sur les animaux. Le résultat de tous ces travaux est une im-

mense accumulation des matériaux pathogénétiques nécessaires pour la pratique de l'Homœopathie, mais se trouvant dispersés dans des journaux et des livres innombrables, ils sont accessibles dans leur totalité aux étudiants et aux praticiens ordinaires. Pour eux, et ils se comptent par milliers, il est indispensable de faire une collection de pathogénésies des médicaments, qui soit profitable pour leurs besoins. Des exposés succincts de résultats sont ici insuffisants, la méthode de Hahnemann exigeant la comparaison entre la totalité des symptômes des deux côtés. Pour la pratique homœopathique, même plus que pour les autres applications thérapeutiques de la pharmacologie, il est désirable et nécessaire que les relations originales des expérimentations soient présentées en détail.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que ce besoin est ressenti ; ce n'est pas non plus la première tentative faite pour y pourvoir. Le *Manuel* de Jahr, le *Handbuch* de Noack et Trinks sont justement de telles collections produites à leur époque, il y a maintenant quarante ans. Et l'*Encyclopédie* du Dr Allen (1874-1880) a accompli une tâche semblable pour notre époque. Devant son existence, et elle n'est certainement pas encore surannée, on peut à bon droit nous demander quelle est notre garantie pour nous présenter devant la profession avec une autre compilation.

Notre réponse à cette question est double.

1. Avant tout, l'ouvrage du Dr Allen est, de son propre aveu, une édition *non revue* de la matière mé-

dicale homœopathique. Il a regardé comme son devoir, comme éditeur, d'admettre toutes les pathogénésies faites *de bonne foi*, quelle qu'ait pu être son opinion sur leur valeur. Il a montré depuis que, comme critique, il pouvait distinguer aussi finement ou presque, que l'on pouvait le désirer. Mais cela ne débarrasse pas ses dix volumes de leurs scories trop abondantes. Leur publication a amené à une crise aiguë le mécontentement qui a longtemps couvé autour du *Manuel* de Jahr. On a senti au sein du corps homœopathique que le moment est arrivé de reviser les matériaux pathogéniques, et de faire une tentative, sur des principes définis, de les tamiser de telle sorte que ceux qui sont authentiques soient seuls retenus, tandis que les douteux et sans valeur iront à leur vraie place.

Les auteurs du présent ouvrage ont, dans divers recueils et sous leurs propres noms, cherché à démontrer la nécessité urgente d'une semblable revision, suivant en cela de nombreux précurseurs parmi lesquels Clotar Muller, Langheinz, Roth, Trinks, Arnold, Yeldham. Dans l'occasion présente, nous ne visons pas d'entrer dans des détails désobligeants pour beaucoup de travailleurs du passé, et pénibles pour ceux qui, comme nous-mêmes, respectent si sincèrement leur persévérance et leurs bonnes intentions. Ils ont travaillé selon la lumière qu'ils avaient alors ; nous devons soumettre à la nôtre, que nous avons des raisons de croire plus éclatante, leur travail, et après des recherches scrupuleuses, nous serons souvent amenés à en rejeter une partie.

2. Il y a, en outre, d'autres défauts dans l'ouvrage du Dr Allen, qui nous empêchent de nous fier à lui. . . . . Non seulement les critiques ont trouvé, mais l'auteur lui-même a reconnu que les traductions qui en forment l'élément si important sont souvent incorrectes. Nous n'avons pas besoin de dire combien cela est sérieux, et combien l'annonce d'un semblable fait doit nécessairement altérer la confiance du lecteur purement anglais, confiance sans laquelle il ne peut se servir d'un semblable ouvrage. De plus, dans ses premiers volumes en particulier, le Dr Allen a trop souvent travaillé avec des matériaux de seconde main et est de la sorte tombé nombre de fois dans les gouffres que de pareils errements ouvraient devant chacun de ses pas. Une fois de plus, ces premiers volumes n'ont pas exclu les soi-disant « symptômes cliniques », c'est-à-dire ceux qui ont disparu pendant l'emploi des médicaments qui leur étaient adressés ; et ceux-ci ne sont pas toujours distingués de leurs voisins. Il est vrai que le Dr Allen a eu l'intention de les distinguer ainsi (par le signe habituel o les précédant) ; mais il a fréquemment pris ses matériaux dans des compilations dans lesquelles aucun signe semblable n'est employé et donné ainsi comme pathogénétiques (exemple : dans calcarea phosphorica) des quantités de symptômes qui sont évidemment d'origine clinique.

Le résultat est que ce grand ouvrage, dans lequel sont amoncelées toutes nos richesses pathogénétiques, qui a supplanté à juste titre les compilations de Jahr et autres, tel que notre codex de symptômes, est

en grande partie indigne de confiance. Nous ne voudrions pas que l'on nous supposât inconscients de l'énorme dette contractée par l'homœopathie envers son auteur pour son labeur. Cet ouvrage a préparé le fondement de la matière médicale de l'avenir, quoiqu'il ne puisse pas être regardé lui-même comme tel ; et si l'entreprise présente réussit à prendre sa place, elle devra toujours reconnaître dans la collection du Dr Allen la « fontaine d'origine » de sa propre existence. Sans sa vie, la nôtre n'eût pas été. Nous gardant de la sorte contre toute méprise, répétons qu'une grande partie de l'Encyclopédie de matière médicale pure est indigne de confiance, et que le travail doit être refait ; c'est la conclusion à laquelle est arrivé l'auteur anglais après un examen minutieux des trente premiers médicaments du premier volume du Dr Allen, A peu près à la même époque, dans l'adresse présidentielle lue au congrès homœopathique de 1880, le Dr Yeldham appelle l'attention sur l'état peu satisfaisant de notre matière médicale, et suggère la prise de mesures pour sa revision. Cela eut pour résultat de provoquer, sur les propositions des deux médecins nommés plus haut, une série de résolutions prises par la société homœopathique d'Angleterre, portant la date de mars 1882, déclarant que le moment était venu de procéder à une semblable reconstruction et exprimant sa bonne volonté d'entreprendre cette tâche; une commission de sept membres fut nommée dans ce but et reçut la mission de présenter des « médicaments spécimens », ce qu'elle continua de faire pendant les deux années suivantes.

Pendant ce temps, l'auteur américain avait été nommé, en 1882, président du bureau de matière médicale de l'Institut américain d'homœopathie, et il profita de cette position pour tenter d'expurger notre symptomatologie. Depuis longtemps déjà, il avait plaidé en faveur d'une réexpérimentation complète des constituants de notre matière médicale ; mais, rencontrant parmi ses confrères peu de propension à faire les efforts nécessaires dans ce but, il leur proposa de coopérer à ce qui allait être fait en Angleterre pour revoir et présenter, sous une nouvelle forme, les matériaux existants. Ceci fut décidé en 1883, et il s'ensuivit une correspondance active, de laquelle le résultat fut un vote de la Société anglaise décidant que le Docteur Richard Hughes assisterait, en qualité de délégué, au meeting annuel de l'Institut américain en juin 1884, et essaierait, conjointement avec les membres du bureau, d'arriver à quelque conclusion qui pût être présentée à l'adoption des deux corps nationaux.

Le résultat de cette conférence fut une décision recommandant la formation d'une « Encyclopédie de pathogénésies médicamenteuses » devant être exécutée suivant les instructions ci-après :

« I. *Donner le nom scientifique et les synonymes de chaque médicament, et son ordre naturel.*

« II. *Donner le récit de toutes les expérimentations en inscrivant les symptômes dans l'ordre de leur apparition, et aussi condensé que le permet l'intégralité du sujet.*

« III. *Donner, en décrivant les drogues virulentes,*

des cas choisis de manière à montrer les diverses formes d'empoisonnement qu'elles peuvent produire, condensés comme dessus.

« IV. *Donner les résultats des expérimentations sur les animaux inférieurs, lorsque celles-ci ont quelque valeur ; généralement en extraits.*

« V. *Remonter à l'origine de toutes les versions et de tous les mémoires, et les vérifier, corriger et reproduire ensuite.*

« VI. *En règle générale n'admettre aucun médicament qui n'aura pas montré de puissance pathogénétique sur deux personnes ou plus.*

« VII. *N'admettre, comme règle, aucun symptôme rapporté comme le résultat de l'administration d'un médicament à une personne malade.*

« VIII. *Ne comprendre aucun symptôme relaté comme apparu chez les expérimentateurs qui auraient été sous l'influence d'autres médicaments ou situés dans des conditions ou circonstances ne permettant pas une saine interprétation de l'influence pathogénétique du médicament en étude.*

« IX. *Ne comprendre les symptômes relatés comme venant d'une atténuation au-dessus de la 12e décimale que lorsqu'ils sont en accord avec les symptômes produits par une atténuation inférieure.*

Ces recommandations furent adoptées par l'Institut américain, et ensuite par la Société anglaise, et les médecins nommés en tête de ce livre furent désignés comme éditeurs et consultants.

Dr Guérin-Ménéville,

(*A suivre.*) Trad.

BIBLIOGRAPHIE

—

La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une *Bibliographie des Sciences médicales*. (Un volume in-8 de 500 pages. Prix, franco par la poste : 2 fr. 50, payable en timbres-poste français ou étrangers). Par les indications nombreuses et précises qu'elle renferme cette publication rendra de grands services à tous les médecins désireux de se tenir au courant de la littérature médicale ancienne et moderne, française et étrangère; elle est indispensable aux bibliothécaires qu'elle renseignera sur le lieu, la date de publication, le nombre de pages, de figures et de planches de chaque ouvrage et sur leur prix courant en librairie ; elle sera précieuse enfin pour tous ceux qui voudront écrire ou savoir ce qui a été écrit sur un sujet spécial, grâce à l'*Index méthodique* placé en tête du volume, où l'on trouve la liste des principaux auteurs qui ont étudié chaque question. Pour les ouvrages importants, MM. J.-B. Baillière et fils donnent même souvent un extrait de la table des matières ou de la préface des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

A

Applications de l'homœopathie aux affections chirurgicales du Dr Kœck, de Munich. Traduit par le Dr Sieffert (suite), p. 55, 304.

B

Banquet du 131e anniversaire de la naissance de Hahnemann, p. 32.
Bibliographie, p. 92, 241, 764.

C

Catarrhe naso-pharyngien, par le docteur Réné Serrand, p. 127.
Claude (Dr A.) p. 63, 64, 226, 257, 383, 446, 512.
Clinique du Dr Rochet, p. 77, 164.
— de l'hôpital Saint-Jacques, du Dr Jousset :
Deuxième conférence, p. 272.
Troisième conférence, p. 282.
Quatrième conférence, p. 293.
Cinquième conférence, p. 337.
Sixième conférence, 346.
Septième conférence, p. 355.
Huitième conférence, p. 364, 423.

Neuvième conférence, p. 463.
Dixième confécence, p. 471.
Onzième conférence, p. 523.
Douzième conférence, p. 532.
Treizième conférence, p. 541.
Quatorzième conférence, p. 583.
Quinzième conférence, p. 592.
Clinique du Dr Frédault, p. 600.
— du Dr J.-P. Tessier, p. 630, 652.
— du Dr Piedvache, 715.
— du Dr Cretin, p. 92, 370, 426, 481, 550.
A Cyclopœdia of Drug Pathogenesy. Préface et Introduction, traduites par le Dr I. Guérin Méneville, p. 764.

D

Diphthérie (Son traitement homœopathique par les allopathes), par le Dr A. Claude, p. 257.

E

Eaux sulfureuses de Luchon, par le Dr Réné Serrand, p. 51.
Enseignement de la matière médicale et de la thérapeutique homœopathique, p. 510.
Extraits des Procès-Verbaux de la Société médicale homœopathique de France.
Séance du 15 février 1886, p. 7.
— du 1er mars 1886, p. 65.
— du 15 mars 1886, p. 73.
— du 19 avril 1886, p. 129.
— du 17 mai 1886, p. 144.
— du 7 juin 1886, p. 193.
— du 27 juin 1886, p. 321.
— du 4 octobre 1886, p. 385.

Séance du 28 octobre 1886, p. 441.
— du 15 novembre 1886, p. 461.
— du 6 décembre 1886, p. 513.
— du 30 décembre 1886, p. 577.
— du 10 janvier 1887, p. 580.
— du 24 janvier 1887, p. 641.
— du 7 février 1887, p. 706.
— du 7 mars 1887, 712.

F

Dr Frédault, p. 600.

G

Dr Guérin-Méneville, p. 764.

I

Intolérance Médicale, parle Dr A. Claude, p. 226.

J

Dr P. Jousset, p. 272, 282, 293, 337, 346, 355, 364, 423, 463, 471, 523, 532, 541, 583, 592.

L

Liste des membres de la Société Médicale Homœopathique de France, p. 5.

N

Nouvelles, par le Dr A. Claude, p. 64, 383, 446, 512.
Nécrologie, Dr Casal, p. 64.
— Dr Raffinesque, p. 254.

P

Dr Piedvache, p. 715.

R

Rapport de l'hôpital Saint-Jacques, assemblée du 13 février 1887, p. 679.
Relevé statistique du Dispensaire Homœopathique de Lyon, p. 250.
Revue Mensuelle par le Dr Cretin, septembre 1886, p. 426 ; octobre 1886, p. 481 ; novembre 1886, p. 550.
Revue rétrospective, par le Dr Cretin, p. 370.
Dr Rochet, p. 77, 164.

S

Dr René Serrand, p. 51, 127.
Dr Sieffert, p. 55, 304.

T

Table des Matières, p. 765.
Dr J.-P. Tessier, p. 630, 652.

V

Variétés, par le Dr A. Claude, p. 63.

Le Gérant : Dr I. Guérin-Méneville.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.